PEDOMAN PELAYANAN
SUBSTANSI SUMBER DAYA MANUSIA



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

TAHUN 2022

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
Jalan KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.3.1/ 647 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI SUMBER DAYA MANUSIA
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien, perlu melaksanakan pedoman pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia rumah sakit secara professional, efektif, dan efisien;

b. bahwa sumber daya manusia merupakan salah satu sumber daya rumah sakit yang memegang peranan penting dalam terwujudnya mutu dan keselamatan pasien di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, perlu adanya pedoman pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia (SDM) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tentang Pedoman Pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia (SDM) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009, Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 Tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

8. Peraturan .....

8. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 68, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6477);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 Tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 53 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Analisis Beban Kerja Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1510);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Pegawai Non PNS Pada Satuan Kerja Kemenkes Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
14. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 5/KMK.05/2017 tentang Penetapan Remunerasi Bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas, dan Pegawai Badan Layanan Umum RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Pada Kementerian Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/I/5650/2018, Tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/43/ 2020 tentang Jabatan Pelaksana di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
18. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/ IO/KES/PMDN/2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI SUMBER DAYA MANUSIA (SDM) RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

KESATU : Menetapkan Pedoman Pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia (SDM) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Pedoman Pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia (SDM) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan.

KETIGA .....

KETIGA : Segala biaya yang timbul terkait dengan Keputusan ini dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal 01 Januari 2022, dengan catatan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 11 Januari 2022

DIREKTUR UTAMA,

ENDANG WIDYASWATI

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.3.1/ 647 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI SUMBER DAYA MANUSIA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadlirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayahnya kepada kita semua, sehingga selesailah penyusunan Buku Pedoman Pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ini. Buku ini merupakan pedoman bagi Manajemen Rumah Sakit, Substansi Sumber Daya Manusia pada umumnya, dan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia dan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia khususnya di Substansi Sumber Daya Manusia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Buku ini secara ringkas memuat tentang gambaran umum RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, gambaran kegiatan pelayanan secara terperinci di Substansi Sumber Daya Manusia diantaranya adalah ruang lingkup, definisi operasional serta pelaksanaan kegiatan Substansi Sumber Daya Manusia, dan landasan hukum yang mendasari dalam isi buku pedoman pelayanan ini. Standar ketenagaan juga dibahas dalam buku ini serta uraian jabatan, standar fasilitas, tata laksana pelayanan.

Kami mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada Direksi dan Manajemen, serta semua pihak yang terkait yang telah memberikan perhatian, membantu dan mendukung sehingga buku ini dapat diterbitkan.

Akhirnya, kami berharap agar buku ini dapat bermanfaat sebagai salah satu bahan acuan dalam memberikan pelayanan khususnya Substansi Sumber Daya Manusia untuk dapat lebih berkarya di masa yang akan datang. Kami menyadari banyak hal yang belum sempurna dalam penyusunan buku ini. Masukan, usulan, kritik dan saran sangat kami harapkan demi perbaikan penerbitan buku pedoman ini pada waktu mendatang.

Klaten, 11 Januari 2022
Koordinator Sumber Daya Manusia

Ropingah Apriliana, S.Kep.,Ns
NIP. 197404091998032003

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA ii
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 2
C. Ruang lingkup 2
D. Dasar Hukum 3
BAB II STANDAR KETENAGAAN 4
A. Jenis Sumber Daya Manusia di Substansi SDM : 4
B. Distribusi ketenagaan dan Kulifikasi Pendidikan 5
C. URAIAN TUGAS 5
BAB III STANDAR FASILITAS 16
A. Sarana Fisik di Substansi Sumber Daya Manusia 16
B. Lokasi Satuan Unit Kerja di jajaran Substansi Sumber Daya Manusia 16
C. Standar Fasilitas 16
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN 20
A. Pendahuluan 20
B. Tujuan 20
C. Prinsip 20
D. Proses Tata Laksana Pelayanan di Substansi Sumber Daya Manusia 21
BAB V PENGENDALIAN MUTU DAN MANAJEMEN RESIKO 24
A. Pengertian Mutu (Kualitas) 24
B. Pengertian Pengendalian Mutu (Quality Control) 24
C. Tujuan 25
D. Definisi 25
BAB VI KESELAMATAN PASIEN 27
A. Pengertian 27
B. Tujuan 27
C. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS 27
D. Implementasi Keselamatan Pasien di Substansi Sumber Daya Manusia 29
BAB VII PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI 30
A. Tujuan 30
B. Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit 30
BAB VIII MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN 36
BAB X SISTEM PENGENDALIAN INTERNAL PEMERINTAHAN (SPIP) ANTI FRAUD, ANTI GRATIFIKASI 49

BAB XI LOGISTIK 55
A. PENDAHULUAN 55
B. PENGERTIAN 56
C. TUJUAN MANAJEMEN LOGISTIK 56
D. FUNGSI LOGISTIK 56
E. KELOMPOK PERSEDIAAN RSST 58
F. PROSES LOGISTIK 58
G. SYARAT LOGISTIK YANG EFISIEN dan EFEKTIF 59
H. FORMULIR PENGEBONAN BARANG DIGUDANG 60
BAB XII PELAYANAN DENGAN HATI 61
A. Pelayanan Prima 65
BAB XI PENUTUP 69

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Dalam kurun waktu tiga tahun terakhir RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mengalami peningkatan pelayanan yang ditandai dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien yang berobat ke RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan juga adanya kebijakan pemerintah dalam memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin, sehingga masyarakat miskin merasa nyaman berkunjung untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Peran rumah sakit sangat menentukan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan kepada masyarakat. Dengan demikian upaya pemenuhan kebutuhan pegawai merupakan suatu keharusan, mengingat kegiatan pelayanan di rumah sakit sangat berhubungan dengan pasien. Salah satu upaya rumah agar dapat memberi pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan kepada masyarakat adalah pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia yang profesional merupakan keharusan mengingat kegiatan pelayanan di rumah sakit, sehubungan dengan hal tersebut Substansi Sumber Daya Manusia yang mempunyai tugas melakukan pengelolaan urusan kepegawaian dan dalam melaksanakan tugas Substansi Sumber Daya Manusia menyelenggarakan fungsi pelaksanaan perencanaan, pengembangan, mutasi dan kesejahteraan sumber daya manusia.

Pelayanan pada Substansi Sumber Daya Manusia harus mengikuti dan dapat mewujudkan nilai-nilai fondasi baru ASN yang dirangkum dalam *Core Value* ASN "BerAKHLAK" dan employer Branding ASN "Bangga Melayani Bangsa". Nilai-nilai ASN "BerAKHLAK" merupakan pondasi baru bagi ASN di Indonesia yang merupakan akronim dari Berorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif, dan Kolaboratif, di samping itu para ASN juga harus menjiwai Employer Branding ASN #BanggaMelayaniBangsa. Ini merupakan momen yang tepat bagi seluruh ASN khususnya di Substansi Sumber Daya Manusia untuk bertransformasi, berinovasi dan meningkatkan kualitas, terus meningkatkan kapasitas, kompetensi, kemampuan beradaptasi terhadap teknologi, peningkatan kemampuan kolaborasi baik lintas sektor maupun lintas disiplin, tidak boleh lagi ada ego, baik ego unit atau ego ilmu dan mendorong terciptanya birokrasi yang dinamis dengan tata kelola pemerintah yang bersih, efektif, efisien dan cepat dalam mengambil keputusan.

Untuk diketahui akronim BerAKHLAK merupakan panduan perilaku bagi ASN yang harus dikerjakan dengan penuh tanggung jawab Komponen di dalamnya ialah, Berorientasi Pelayanan, maksudnya; memahami dan memenuhi kebutuhan masyarakat, ramah,

cekatan, solutif, dan dapat diandalkan, kemudian melakukan perbaikan tiada henti komponen BerAKHLAK sebagai berikut :

1. Akuntabel, yaitu; melaksanakan tugas dengan jujur, bertanggung jawab, cermat, serta disiplin dan berintegritas tinggi, lalu menggunakan kekayaan dan barang milik negara secara bertanggung jawab, efektif dan efisien, dan tidak menyalahgunakan kewenangan jabatan.
2. Kompeten, panduan perilakunya ialah; meningkatkan kompetensi diri untuk menjawab tantangan yang selalu berubah, membantu orang lain belajar, dan melaksanakan tugas dengan kualitas terbaik.
3. Harmonis, panduan perilakunya adalah; menghargai setiap orang apapun latar belakangnya, suka menolong orang lain, dan membangun lingkungan kerja yang kondusif.
4. Loyal, panduan perilakunya adalah; memegang teguh ideologi Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, setia kepada NKRI serta pemerintahan yang sah, menjaga nama baik sesama ASN, pimpinan, instansi dan negara, serta menjaga rahasia jabatan dan negara.
5. Adaptif, panduan perilakunya adalah; cepat menyesuaikan diri menghadapi perubahan, terus berinovasi dan mengembangkan kreativitas, dan bertindak proaktif.
6. Kolaboratif, panduan perilakunya ialah; memberi kesempatan kepada berbagai pihak untuk berkontribusi, terbuka dalam bekerja sama untuk menghasilkan nilai tambah, dan menggerakkan pemanfaatan berbagai sumber daya untuk tujuan bersama.

Dalam rangka mewujudkan pelayanan yang professional dan BerAKHLAK Dalam rangka pengelolaan sumber daya manusia di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro maka perlu disusun pedoman pelayanan di rumah sakit.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Terselenggaranya pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia yang professional, kompeten, berkinerja dan termotivasi dalam memberikan pelayanan terbaik.
2. Tujuan Khusus
   a. Tercapainya pelaksanaan urusan pengadaan pegawai, Kesejahteraan pegawai, pengembangan pegawai, mutasi pegawai, dan permasalahan pegawai;
   b. Tercapainya pelaksanaan administrasi kepegawaian secara baik;
   c. Tercapai pelayanan pelanggan internai dan external yang Adil Objektif, transparan, efisien dan efektif.

C. Ruang lingkup

Ruang Lingkup pelayanan di Substansi Sumber Daya Manusia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mulai dari pengadaan pegawai, kesejahteraan pegawai, pengembangan pegawai, Mutasi pegawai, permasalahan pegawai.

D. Dasar Hukum

1. Undang-undang Nomor 08 tahun 1974 Junto Undang-undang Nomor 43 tahun 1999 tentang Pokok-pokok kepegawaian;
2. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2002 tentang Pengadaan Pegawai;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 tahun 2002 tentang Kenaikan Pangkat PNS;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 9 tahun 2003 tentang Wewenang Pengangkatan, Pemindahan dan Pemberhentian PNS;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
10. Peraturan Pemerintah nomor 46 tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi kerja;
11. Peraturan Pemerintah nomor 53 tahun 2012 tentang Pedoman Analisis beban Kerja;
12. Peraturan Pemerintah nomor 94 tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30A/Menkes/SK/IV/1999 tentang Pola Pengembangan Karier PNS di Jajaran Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Pegawai Non Pegawai Negeri Sipil Pada Satuan Kerja Kementerian Kesehatan Yang Menerapkan PPK-BLU;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1101/MENKES/SK/IX/2007 tentang Susunan dan Uraian Serta tata Hubungan Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/43/2020 tentang Jabatan Pelaksana di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
17. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 12 tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Analisis Jabatan;
18. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 13 tahun 2011 tentang Pedoman Peyusunan Standar Kompetensi Jabatan;
19. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 19 tahun 2011 tentang Pedoman Umum Penyusunan Kebutuhan PNS;

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit belum terpapar mengenai kualifikasi pendidikan dan jumlah ideal SDM di Substansi Sumber Daya Manusia, akan tetapi Pada Pasal 21 disebutkan bahwa rumah sakit terdiri (1) Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana. (2) Struktur organisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. (3) Tatakelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMS), *hospital by laws dan Medical Staff by laws.*

Jumlah personil di Substansi Sumber Daya Manusia saat ini sebanyak 13 orang melayani pegawai RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dengan komposisi pegawai sebagai berikut :

A. Jenis Sumber Daya Manusia di Substansi SDM :

No.	Nama	Jabatan
1	Ropingah Apriliana, S.Kep.,Ns	Koordinator SDM/ Analis Kepegawaian Ahli Madya
2	Bambang Triyono, SH	Sub-Kordinator Administrasi SDM/ Analis Kepegawaian Ahli Muda
3	Sriyono, S, Kep.,Ns, MM	Sub-Kordinator Pengembangan SDM/ Analis Kepegawaian Ahli Muda
4	Hernan Rustiyanto, S.AP	Analis Kepegawaian Ahli Muda
5	Aris Dwi Nugroho, S.Sos	Analis Kepegawaian Ahli Muda
6	Irwan Yunianto, S.Kom	Analis Kepegawaian Ahli Muda
7	Nurcahyo Adi Nugroho, SH., M.H	Analis Kepegawaian Ahli Muda
8	Anik Suprihatin, A.Md	Pengolah Data
9	Rian Dwi Pawestri, S.Kom	Analis data
10	E Hestiningtyas, A.Md	Pengolah data
11	Andi Rohmadi, A.Md	Pengolah data
12	Fitri Aksari, A.Md	Pengolah data
13	Moch. Gatot Setiyo Nugroho, AMK	Pengolah data

B. Distribusi ketenagaan dan Kulifikasi Pendidikan

No.	Nama	Tempat	Kualifikasi Pendidikan
1	Ropingah Apriliana, S.Kep.,Ns	Substansi SDM	S1 Keperawatan Ners
2	Bambang Triyono, SH	Substansi SDM pada Sub Substansi Administrasi SDM	S1 Hukum
3	Sriyono, S.Kep.,Ns, MM	Substansi SDM pada Sub Substansi Pengembangan SDM	S2 Magister Manajemen
4	Hernan Rustiyanto, S.AP	Substansi SDM pada Sub Substansi Administrasi SDM	S1 Administrasi Negara
5	Aris Dwi Nugroho, S.Sos	Substansi SDM pada Sub Substansi Administrasi SDM	S1 Administrasi Negara
6	Irwan Yunianto, S.Kom	Substansi SDM pada Sub Substansi Pengembangan SDM	S1 Teknik Informatika
7	Nurcahyo Adi Nugroho, SH., M.H	Substansi SDM pada Sub Substansi Administrasi SDM	S2 Magister Hukum
8	Anik Suprihatin, A.Md	Substansi SDM pada Sub Substansi Administrasi SDM	D3 Teknis Komputer
9	Rian Dwi Pawestri, S.Kom	Substansi SDM pada Sub Substansi Pengembangan SDM	S1 Komputer
10	E Hestiningtyas, A.Md	Substansi SDM pada Sub Substansi Pengembangan SDM	D3 Manajemen Perusahaan
11	Andi Rohmadi, A.Md	Substansi SDM pada Sub Substansi Pengembangan SDM	D3 Komputer
12	Fitri Aksari, A.Md	Substansi SDM pada Sub Substansi Administrasi SDM	D3 Komputer
13	Moch. Gatot Setiyo Nugroho, AMK	Substansi SDM pada Sub Substansi Pengembangan SDM	AKPER

C. URAIAN TUGAS

1. KOORDINATOR SUMBER DAYA MANUSIA

a. NAMA JABATAN : Koordinator Sumber Daya Manusia

b. UNIT ORGANISASI :

Eselon II a : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Eselon II b : Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum

c. SYARAT JABATAN :

1). Pangkat/ Gol. Ruang : Pembina/ IV.a

2). Pendidikan : S1 sesuai dengan bidang tugasnya

3). Kursus/ Diklat :

a). Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan III

b). Teknis : Kewirausahaan, RSB, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata Kelola RS, SPM, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi RS, Pengelolaan SDM.

4). Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman jabatan paling singkat 3 (tiga) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

d. TUGAS POKOK :

Melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia.

e. FUNGSI

1). Pelaksanaan urusan administrasi sumber daya manusia;

2). Pelaksanaan perencanaan sumber daya manusia;

3). Pelaksanaan pengembangan sumber daya manusia;

4). Pelaksanaan kesejahateraan sumber daya manusia.

f. URAIAN TUGAS

1). Menyusun rancangan awal Rencana Strategi (Renstra) rumah sakit Substansi Sumber Daya Manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub-Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia;

2). Menyusun rancangan awal RBA Substansi Sumber Daya Manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub-Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia meliputi :

a). Rancangan awal kebutuhan tenaga;

b). Rancangan awal kebutuhan alat non medis, dan alat lainnya;

c). Rancangan awal pemeliharaan alat non medis, dan alat lainnya;

d). Rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;

e). Rancangan awal pengembangan pelayanan di lingkungan Substansi Sumber Daya Manusia.

3). Menyusun rancangan awal kebijakan pengelolaan sumber daya manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub-Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia;

4). Menyusun rancangan awal Standar Pelayanan Minimal di lingkup Substansi Sumber Daya Manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia;

5). Menyusun rancangan awal Standar Operasional Prosedur di lingkup Substansi Sumber Daya Manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub-Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia;

6). Menyusun rancangan Rencana pelaksanaan kegiatan Substansi Sumber Daya Manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub-Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia meliputi antara lain :
   a). Rancangan kegiatan pengadaan pegawai;
   b). Rancangan kegiatan mutasi pegawai;
   c). Rancangan kegiatan pengembangan pegawai;
   d). Rancangan kegiatan pengelolaan disiplin pegawai;
   e). Rancangan kegiatan penilaian kinerja, remunerasi dan kesejahteraan pegawai;
7). Melaksanakan pengawasan, dan pengendalian kegiatan perencanaan dan evaluasinya, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia dengan mengkaji bahan yang disampaikan oleh para Sub-Koordinator di Substansi Sumber Daya Manusia;
8). Menyiapkan bahan untuk koordinasi Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum;
9). Melakasanakan Koordinasi pelaksanaan pengelolaan sumber daya manusia;
10). Membuat Nilai Indek Kinerja Individu Pegawai di lingkungan Substansi Sumber Daya Manusia;
11). Menyusun laporan pelaksanaan kegiatan Substansi Sumber Daya Manusia secara berkala dan insidentil;
12). Menyusun laporan hasil pembinaan dan pengendalian pegawai;
13). Melaksanakan tugas kedinasan lainnya.

g. HASIL KERJA

1). Rancangan awal Rencana Strategi (Renstra) rumah sakit Substansi Sumber Daya Manusia;
2). Rancangan awal RBA Substansi Sumber Daya Manusia meliputi :
   a). Rancangan awal kebutuhan tenaga;
   b). Rancangan awal kebutuhan alat non medis, dan alat lainnya;
   c). Rancangan awal pemeliharaan alat non medis, dan alat lainnya;
   d). Rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan;
   e). Rancangan awal pengembangan pelayanan.
3). Rancangan awal kebijakan pengelolaan sumber daya manusia;
4). Rancangan awal Standar Pelayanan Minimal di lingkup Substansi Sumber Daya Manusia;
5). Rancangan awal Standar Operasional Prosedur di lingkup Substansi Sumber Daya Manusia;
6). Rancangan Rencana pelaksanaan kegiatan Substansi Sumber Daya Manusia meliputi :
   a). Rancangan kegiatan pengadaan pegawai;

b). Rancangan kegiatan mutasi pegawai;
c). Rancangan kegiatan pengembangan pegawai;
d). Rancangan kegiatan pengelolaan disiplin pegawai;
e). Rancangan kegiatan penilaian kinerja, remunerasi dan kesejahteraan pegawai;

7). Hasil pelaksanaan pengawasan, dan pengendalian kegiatan perencanaan dan evaluasinya, dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia;
8). Bahan untuk koordinasi Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum;
9). Hasil Koordinasi pelaksanaan kegiatan pengelolaan sumber daya manusia;
10). Nilai Indek Kinerja Individu Pegawai di lingkungan Substansi Sumber Daya Manusia;
11). Laporan pelaksanaan kegiatan Substansi Sumber Daya Manusia secara berkala dan insidentil;
12). Laporan hasil pembinaan dan pengendalian pegawai di lingkup Substansi Sumber Daya Manusia;
13). Laporan pelaksanaan tugas kedinasan lainnya.

2. SUBKOORDINATOR ADMINISTRASI SUMBER DAYA MANUSIA

a. NAMA JABATAN : Subkoordinator Administrasi Sumber Daya Manusia

b. UNIT ORGANISASI :

Eselon II a : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Eselon II b : Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum

c. SYARAT JABATAAN :

1). Pangkat/ Gol. Ruang : Penata/ III.c
2). Pendidikan : S1 sesuai dengan bidang tugasnya
3). Kursus/ Diklat :
   a). Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan IV
   b). Teknis : Kewirausahaan, RSB, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata Kelola RS, SPM, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi RS, Pengelolaan SDM
4). Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman pelaksana jabatan paling singkat 1 (satu) tahun sesuai dengan bidang tugasnya

d. TUGAS POKOK :

Melakukan urusan administasi dan perencanaan sumber daya manusia

e. URAIAN TUGAS

1). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal Renstra Rumah Sakit Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;

2). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal RBA Rumah Sakit Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia, meliputi :

   a). Menyiapkan bahan rancangan awal kebutuhan tenaga;

   b). Menyiapkan bahan rancangan awal kebutuhan alat non medis dan alat lainnya;

   c). Menyiapkan bahan rancangan awal pemeliharaan alat non medis, serta alat lainnya;

   d). Menyiapkan bahan rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;

   e). Menyiapkan bahan rancangan awal pengembangan pelayanan.

3). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal kebijakan kegiatan pelayanan Administrasi Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;

4). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal Standar Pelayanan Minimal di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;

5). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal Standar Prosedur Operasional di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;

6). Menyiapkan bahan rancangan rencana pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia, meliputi antara lain :

   a). Pengelolaan pengadaan pegawai;

   b). Pengelolaan mutasi dan rotasi pegawai;

   c). Administrasi informasi kepegawaian;

   d). Urusan Organisasi non Kedinasan;

7). Menyiapkan bahan koordinasi pelaksanaan, pengendalian dan pemantauan serta evaluasi kegiatan dan mutu pelayanan Administrasi Sumber Daya Manusia;

8). Membuat laporan hasil koordinasi lintas program;

9). Menyusun laporan kegiatan pembinaan dan pengendalian pegawai di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
10). Menyiapkan laporan pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
11). Membuat nilai Indek Kinerja Individu Pegawai terkait di lingkungan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
12). Melaksanakan tugas kedinasan lainnya.

f. HASIL KERJA

1). Bahan rancangan awal Renstra Rumah Sakit Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
2). Bahan rancangan awal RBA Rumah Sakit Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia. meliputi :
   a). Bahan rancangan awal kebutuhan tenaga;
   b). Bahan rancangan awal kebutuhan alat non medis dan alat lainnya;
   c). Bahan rancangan awal pemeliharaan alat non medis, serta alat lainnya;
   d). Bahan rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;
   e). menyiapkan bahan rancangan awal pengembangan pelayanan.
3). Bahan rancangan awal kebijakan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
4). Bahan rancangan awal Standar Pelayanan Minimal di lingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
5). Bahan rancangan awal Standar Prosedur Operasional dilingkup Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
6). Bahan rancangan rencana pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia meliputi antara lain :
   a). Pengelolaan pengadaan pegawai;
   b). Pengelolaan mutasi dan rotasi pegawai;
   c). Urusan Organisasi non Kedinasan.
7). Bahan koordinasi pelaksanaan, pengendalian, dan pemantauan, serta evaluasi kegiatan dan mutu pelayanan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
8). Laporan hasil koordinasi lintas program;
9). Laporan hasil pembinaan dan pengendalian pegawai;
10). Laporan pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
11). Nilai Indek Kinerja Individu pegawai terkait di lingkungan Subsubstansi Administrasi Sumber Daya Manusia;
12). Laporan pelaksanaan tugas kedinasan lainnya.

3. SUBKOORDINATOR PENGEMBANGAN SUMBER DAYA MANUSIA

a. NAMA JABATAN : Subkoordinator Pengembangan Sumber Daya Manusia

b. UNIT ORGANISASI :

Eselon II a : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Eselon II b : Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum

c. SYARAT JABATAN :

1). Pangkat/ Gol. Ruang : Penata/ III.c

2). Pendidikan : S1 sesuai dengan bidang tugasnya

3). Kursus/ Diklat :

a). Penjenjangan : Diklat Kepemimpinan IV

b). Teknis : Kewirausahaan, RSB, Rencana Aksi Strategis, Rencana Implementasi dan Rencana Tahunan, Tata Kelola RS, SPM, Sistem Akuntabilitas, Sistem Remunerasi RS, Pengelolaan SDM.

4). Pengalaman Kerja : Memiliki pengalaman pelaksana jabatan paling singkat 1 (satu) tahun sesuai dengan bidang tugasnya.

d. TUGAS POKOK :

Melaksanakan pengelolaan pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia.

e. URAIAN TUGAS

1). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal Renstra Rumah Sakit Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

2). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal RBA Rumah Sakit Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia meliputi :

a). Menyiapkan bahan rancangan awal kebutuhan tenaga;

b). Menyiapkan bahan rancangan awal kebutuhan alat non medis dan alat lainnya;

c). Menyiapkan bahan rancangan awal pemeliharaan alat non medis, serta alat lainnya;

d). Menyiapkan bahan rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;

e). Menyiapkan bahan rancangan awal pengembangan pelayanan.

3). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal kebijakan kegiatan pelayanan pengembangan sumber daya manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

4). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal Standar Pelayanan Minimal dilingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

5). Menyiapkan bahan penyusunan rancangan awal Standar Prosedur Operasional di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia dengan mengumpulkan dan mengolah data/ informasi terkait pengelolaan kegiatan di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

6). Menyiapkan bahan rancangan rencana pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia meliputi :

a). TNA;

b). Pengembangan Jabatan Fungsional Tertentu dan jenjang karir pegawai;

c). Pengembangan Jabatan Tinggi Pratama, dan Jabatan Administrasi;

d). Penegakkan disiplin pegawai;

e). Penilaian kinerja, remunerasi, dan kesejahteraan pegawai.

7). Menyiapkan bahan koordinasi pelaksanaan, pengendalian dan pemantauan serta evaluasi kegiatan dan mutu pelayanan pengembangan sumber daya manusia;

8). Membuat laporan hasil koordinasi lintas program;

9). Menyusun laporan kegiatan pembinaan dan pengendalian pegawai di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

10). Menyiapkan laporan pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

11). Membuat nilai Indek Kinerja Individu Pegawai terkait di lingkungan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

12). Melaksanakan tugas kedinasan lainnya.

f. HASIL KERJA

1). Bahan rancangan awal Renstra Rumah Sakit Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

2). Bahan rancangan awal RBA Rumah Sakit Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia meliputi :

a). Bahan rancangan awal kebutuhan tenaga;

b). Bahan rancangan awal kebutuhan alat non medis dan alat lainnya;

c). Bahan rancangan awal pemeliharaan alat non medis, serta alat lainnya;

d). Bahan rancangan awal kebutuhan pendidikan dan pelatihan serta penelitian;

e). Menyiapkan bahan rancangan awal pengembangan pelayanan.

3). Bahan rancangan awal kebijakan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

4). Bahan rancangan awal Standar Pelayanan Minimal dilingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

5). Bahan rancangan awal Standar Prosedur Operasional dilingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

6). Bahan rancangan rencana pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia meliputi antara lain :

a). Pengembangan Jabatan Fungsional Tertentu dan jenjang karir pegawai;

b). Pengembangan Jabatan Tinggi Pratama, dan Jabatan Administrasi;

c). Penugasan/ Surat Perintah Pegawai;

d). Penegakkan disiplin pegawai;

e). Penilaian kinerja, remunerasi dan kesejahteraan pegawai

7). Bahan koordinasi pelaksanaan, pengendalian, dan pemantauan, serta evaluasi kegiatan dan mutu pelayanan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

8). Laporan hasil koordinasi lintas program;

9). Laporan hasil pembinaan dan pengendalian pegawai di lingkup Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

10). Laporan pelaksanaan kegiatan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

11). Nilai Indek Kinerja Individu pegawai terkait di lingkungan Subsubstansi Pengembangan Sumber Daya Manusia;

12). Laporan pelaksanaan tugas kedinasan lainnya.

4. ANALIS KEPEGAWAIAN

a. Ringkasan Tugas

Melaksanakan pengurusan proses kepegawaian baik melalui aplikasi maupun manual di lingkungan unit kerja berdasarkan ketentuan dan kebutuhan pegawai sebagai bahan pelaksanaan urusan kepegawaian dalam rangka menunjang kelancaran.

b. Hasil Kerja

1) Draf formasi kebutuhan pegawai/ Bezetting;

2) Proses kepegawaian baik melalui aplikasi maupun manual terkait pengangkatan pegawai, kenaikan pangkat/ jabatan, KGB, Pendidikan dan Pelatihan, ujian dinas, mutasi, pemberhentian dan pensiun, administrasi,

disiplin pegawai, Pemeriksaan pegawai, kesejahteraan pegawai, penghargaan, cuti dan cerai;

3) Draf surat pengantar/ usulan dukumen kepegawaian

Pendokumentasian produk kepegawaian

a). Dokumen informasi kepegawaian di lingkungan unit kerja (Biodata pegawai);

b). Pemutakiran data kepegawaian;

c). Draf laporan kegiatan.

c. Uraian Tugas:

1) Menyusun draf formasi kebutuhan pegawai unit kerja setiap tahun anggaran;
2) Melaksanakan proses kepegawaiansesuai ketentuan dan kebutuhan pegawai baik melalui aplikasi kepegawaian maupun secara manual;
3) Menyusun draf surat pengantar dan menyiapkan dokumen pendukung dalam rangka pengurusan dukumen kepegawaian baik secara berkala maupun insidentil;
4) Melaksanakan pendokumentasian produk kepegawaian dilingkungan unit kerja;
5) Menyusun dukumen informasi pegawai;
6) Melaksanakan updating (pembaruan) data kepegawaian melalui aplikasi kepegawaian;
7) Menyusun dukumen kehadiran dan ketidak hadiran pegawai;
8) Menyusun draf laporan kegiatan di Subbagian SDM;
9) Melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan dalam rangka pelaksanaan tugas.

d. Syarat Jabatan :

1) Pendidikan : Sarjana
2) Pelatihan : Diklat Jabatan Fungsional
   BHD, PPI, Pasien safety, service ekselen, K3
3) Pengetahuan kerja : Pengelolaan arsip, tata usaha, administrasi, menguasai aplikasi MS
4) Bakat Kerja :

   Kemampuan belajar secara umum

   Kemampuan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam table
5) Temperamen Kerja :

   Kemampuan menyesuaikan diri dalam kegiatan-kegiatan yang berulang, atau secara terus menerus melakukan kegiatan yang sama, sesuai dengan perangkat prosedur, urutan atau kecepatan yang tertentu.

5. PENGOLAH DATA

a. Ringkasan Tugas

Melaksanakan pengolahan data/ bahan yang diperoleh dari pihak lain sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk disajikan kepada pihak terkait dan dapat dipertanggungjawabkan kepada pimpinan.

b. Hasil Kerja

1). Penerimaan dan pengumpulan data/ bahan;
2). Pemeriksaan data/ bahan;
3). Rekapitulasi kegiatan data/ bahan;
4). Pencatatan perkembangan dan permasalahan data/ bahan;
5). Hasil olahan data/ bahan;
6). Draft laporan;
7). Laporan tugas lain-lain.

c. Uraian Tugas

1). Menerima dan mengumpulkan data/ bahan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku sebagai bahan kegiatan pelaksanaan tugas;
2). Memeriksa data/ bahan sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku untuk menghasilkan kebenaran informasi dan volume kegiatan berdasarkan laporan yang masuk;
3). Menyusun rekapitulasi kegiatan data/ bahan berdasarkan jenis data yang masuk untuk mengetahui volume dan jenis data yang akan diolah;
4). Mencatat perkembangan dan permasalahan data/ bahan secara periodik untuk mengetahui langkah pemecahannya;
5). Mengolah dan menyajikan data/ bahan dalam bentuk yang telah ditetapkan sebagai bahan proses lebih lanjut;
6). Menyusun draft laporan kegiatan;
7). Melaksanakan tugas kedinasan lain yang diperintahkan pimpinan.

d. Syarat Jabatan :

1). Pendidikan : D III
2). Pelatihan : Diklat Pra jabatan
Diklat Pengolah Data
3). Pengetahuan kerja : sesuai dengan bidang terkait dan menguasai aplikasi Office dan internet.
4). Bakat Kerja :
Kemampuan belajar secara umum dan menyerap perincian yang berkaitan dalam bahan verbal atau dalam tabel
5). Temperamen Kerja
Kemampuan menyesuaikan diri dengan kegiatan yang berulang atau secara terus-menerus melakukan kegiatan yang sama sesuai dengan perangkat prosedur.

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. Sarana Fisik di Substansi Sumber Daya Manusia

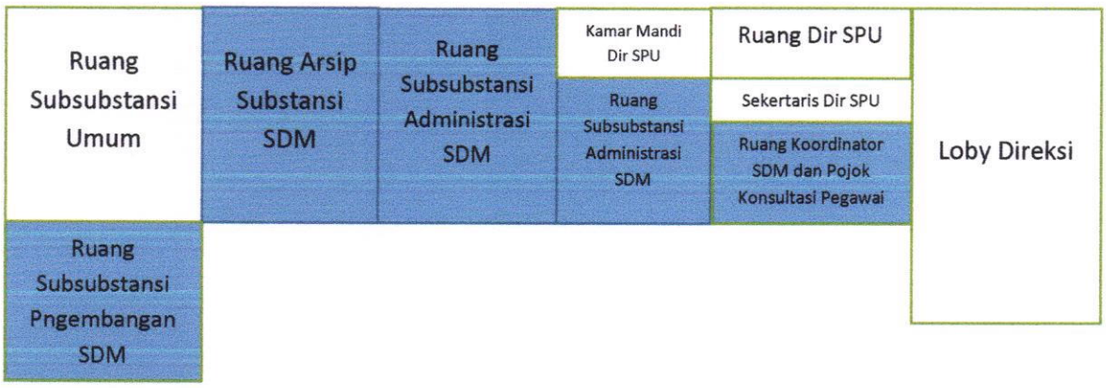
Sarana fisik dan peralatan di Substansi Sumber Daya Manusia sangat berpengaruh penting sekali terhadap kelancaran dalam menunjang pelayanan. Kantor ada 4 terdiri dari :

1. Kantor Koordinator Sumber Daya Manusia dan Pojok konsultasi pegawai;
2. Kantor Sub Substansi Administrasi Sumber Daya Manusia dengan dengan 5 pegawai dengan jarak satu dengan yang lain kurang lebih 1 meter;
3. Ruang arsip yang berisi rool opec dan 1 pegawai;
4. Kantor Sub Substansi Pengembangan Sumber Daya Manusia dengan 6 pegawai dengan jarak satu dengan yang lain kurang lebih 1 meter.

Selanjutnya sarana prasarana dan fasilitas yang ada sebagai berikut : almari arsip, Roll Opec, meja, kursi, Lap top dan peralatan computer set, mesin fotocopy dll

B. Lokasi Satuan Unit Kerja di jajaran Substansi Sumber Daya Manusia

Lokasi dimasing – masing satuan unit kerja di jajaran Substansi Sumber Daya Manusia dan perlengkapan saling berdekatan. Berikut denah lokasi dari masing – masing satuan unit kerja di jajaran.



C. Standar Fasilitas

Fasilitas adalah segala sesuatu hal yang menyangkut Sarana Prasarana dan Alat di Substansi Sumber Daya Manusia yang menunjang kelancaran kegiatan pelayanan sebagai berikut :

No	Nama Barang	Identitas Barang			Jumlah Barang
		Merk / Type	Kode Barang	Tahun Perolehan	
1	Mesin ketik Electronic	Compact Electronic	3.05.01.01.008	2013	1 Buah
2	Mesin Fotocopy Folio	Canon IR 2520 W DADF	3.05.01.03.007	2020	1 Buah
3	Lemari Besi	VIP	3.05.01.04.001	2007	1 Buah

No	Nama Barang	Identitas Barang			Jumlah Barang
		Merk / Type	Kode Barang	Tahun Perolehan	
4	Lemari Kayu	Lemari Pt.2 Kaca	3.05.01.04.002	1967	1 Buah
5	Lemari Kayu	Lereg Kaca	3.05.01.04.002	1978	1 Buah
6	Lemari Kayu	Lereg Kaca	3.05.01.04.002	1978	3 Buah
7	Lemari Kayu	Perderita Pt.1	3.05.01.04.002	1970	1 Buah
8	Lemari Kayu	Lokal / Pt.1 Formika Berlaci	3.05.01.04.002	2008	1 Buah
9	Lemari Kayu	Lokal / Pt.1 Formika Berlaci	3.05.01.04.002	2008	1 Buah
10	Lemari Kayu	Lokal / Pt.1 Formika Berlaci	3.05.01.04.002	2008	1 Buah
11	Lemari Kayu	Lokal / Pt.1 Formika Berlaci	3.05.01.04.002	2008	1 Buah
12	Lemari kayu	Lemari Arsip Kaca 80x80x50	3.05.01.04.002	2010	1 Buah
13	Lemari Kayu	Lmr. arsip uk.430x200x45	3.05.01.04.002	2012	1 Set
14	Lemari Kayu	Lokal 1 pintu	3.05.01.04.002		1 Buah
15	Lemari Kayu	Lokal 2 pintu 2 laci	3.05.01.04.002		1 Buah
16	Bangku Panjang Kayu	Lokal			1 Buah
17	Locker	Locker Box Presensi Fingger	3.05.01.04.015	2013	4 Buah
18	Roll Opek	Grey/ Bostico	3.05.01.04.016	2008	1 Buah
19	Roll Opek	Mobile file system 225x200	3.05.01.04.016	2019	1 Buah
20	Mesin Absensi	TCP-IP/USB Kapasitas Regist	3.05.01.05.017	2012	5 Buah
21	Mesin Absensi	Fingger Spot Revo 185 MNC	3.05.01.05.017	2016	6 Buah
22	Tabung Pemdam Api	apar serbuk 4,5 kg	3.05.01.05.001	2014	1 Buah
23	LCD Prejector	BenQ Projector MX 611	3050105048	2019	1 Buah
24	Focusing Screen/ Layar LCD Projector		3050105058		1 Buah
25	Meja Kerja Besi/Metal	Lokal / Meja 1/2 Biro	3.05.02.01.001	1985	2 Buah
26	Meja Kerja Besi/Metal	Lokal / Meja 3/4 Biro	3.05.02.01.001	1987	1 Buah
27	Meja Kerja Besi/Metal	Lokal / Meja 3/4 Biro	3.05.02.01.001		1 Buah
28	Meja Kerja Besi/Metal	Lokal / Meja Rk.Besi	3.05.02.01.001	1985	3 Buah
29	Meja Kerja Kayu	Lokal 1 BIRO	3.05.02.01.002	1992	1 Buah
30	Meja Kerja Kayu	Lokal / Meja 1/2 Biro	3.05.02.01.002	2009	2 Buah
31	Meja Kerja Kayu	Meja 3/4 Biro alas	3.05.02.01.002	2010	1 Buah

No	Nama Barang	Identitas Barang			Jumlah Barang
		Merk / Type	Kode Barang	Tahun Perolehan	
		Kaca			
32	Kursi Besi/Metal	Lokal / Kursi Tamu rk.besi	3.05.02.01.003		1 Set
33	Kursi Besi/Metal	Chitos / Hijau	3.05.02.01.003	2011	1 Buah
34	Kursi Besi/Metal	Chitos / Type Caesar N	3.05.02.01.003	2011	10 Buah
35	Kursi Besi/Metal	Chitos / Hijau	3.05.02.01.003	2011	3 Buah
36	Kursi Besi/Metal	Chitos / Futura	3.05.02.01.003		3 Buah
37	Kursi Besi/Metal	Kursi Besi Vinil	3.05.02.01.003		2 Buah
38	Meja Komputer	Playwood / Kecil	3.05.02.01.009		1 Buah
39	Meja Komputer	Lokal / kayu	3.05.02.01.009	2012	4 Buah
40	Meja Komputer	Lokal / kayu	3.05.02.01.009	2012	1 Buah
41	Jam Elektronik	Jam dinding	3,05.02.02.003	2007	1 Buah
42	A.C. Split	Sharp	3.05.02.04.004	*2011*	1 Buah
43	A.C. Split	Daikin 1 Pk	3050204004	2021	1 Buah
44	A.C. Split	Daikin 1 Pk	3050204004	2021	1 Buah
45	A.C. Split	Sharp	3050204004		1 Buah
46	Loudspeaker	Speaker Kreztwas 8415	3050206007	2021	1 Buah
47	Unit Power Suplay	Englight / 600 VA	3.05.02.06.017		3 Buah
48	Unit Power Suplay	ICA CP-700	3.05.02.06.017	*2016*	1 Buah
49	Unit Power Suplay	IC CN 650	3.05.02.06.017	*2017*	1 Buah
50	Unit Power Suplay	UPS APC-BACK-UPS	3.05.02.06.017	*2019*	1 Buah
51	Unit Power Supply	ICA CP-700	3.05.02.06.017	2020	1 Buah
52	Unit Power Supply	ICA CP-700	3.05.02.06.017	2020	1 Buah
53	Dispenser	Miyako WDP	3050206036	2016	1 Buah
54	P.C. Unit	InterCore 13 2120 + Jar + Kabel	3.10.01.02.001	1 Buah	1 Buah
55	P.C. Unit	Enlight	3.10.01.02.001	2011	1 Buah
56	P.C. Unit	HP.Pavilion PB-2343L	3.10.01.02.001	2013	1 Buah
57	P.C. Unit	HP.20 R0221	3.10.01.02.001	2016	1 Buah
58	P.C. Unit	DELL Inspiron 3264 A10	3.10.01.02.001	2017	1 Buah
59	P.C. Unit	p.c Dekstop Core 15 Dell	3.10.01.02.001	2019	1 Buah
60	P.C. Unit		3.10.01.02.001	2014	1 Buah
61	P.C. Unit	Lenovo AIO A340	3.10.01.02.001	2020	1 Buah
62	P.C. Unit	Lenovo AIO A340	3.10.01.02.001	2020	1 Buah

No	Nama Barang	Identitas Barang			Jumlah Barang
		Merk / Type	Kode Barang	Tahun Perolehan	
63	Lap Top	DELFOSTRO 1310	3.10.01.02.002	2010	1 Buah
64	Lap Top	DELL INSPIRON N.4030	3.10.01.02.002	2011	1 Buah
65	Lap Top	LENOVO THINKPAD	3.10.01.02.002	2012	1 Buah
66	Lap Top	Acer	3.10.01.02.002	2009	1 Buah
67	Lap Top	Asus a4551d.wx.103d	3.10.01.02.002	2015	1 Buah
68	Lap Top	LENOVO NB V33 INTEL	3.10.01.02.002	2019	1 Buah
69	Scaner	HP Scajet Pro 3500PI	3.10.02.02.010	2019	1 Buah
70	Printer	HP. Laser Jet P 1005	3.10.02.03.003	2010	1 Buah
71	Printer	Canon LBP.2900/Laser Jet	3.10.02.03.003	2012	1 Buah
72		Inkject Color	3.10.02.03.003	2014	1 Buah
73	Printer	Printer Inkjet (Print Scan)	3.10.02.03.003		1 Buah
74	Printer	HP Laserjet P1002	3.10.02.03.003	2009	1 Buah
75	Scaner (Peralatan Personal	HP Scaner N6310	3.10.02.03.004	2016	1 Buah
76	Scaner (Peralatan Personal	HP Scanjet 3500 f1	3.10.02.03.004	2021	1 Buah

BAB IV
TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Pendahuluan

Pedoman Penataan Tatalaksana digunakan untuk memberikan acuan bagi Kementerian/ Lembaga dan Pemerintah Daerah untuk membangun dan menata tatalaksana dalam rangka memberikan dasar yang kuat bagi penyusunan standard operating procedures/ SOP-AP yang lebih sederhana, efisien, efektif, produktif dan akuntabel.

Penataan tatalaksana dilakukan melalui serangkaian proses analisis dan perbaikan tatalaksana bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem, proses, dan prosedur kerja yang jelas, efektif, efisien dan terukur pada Substansi Sumber Daya Manusia. Target yang ingin dicapai melalui program ini antara lain adalah meningkatnya efisiensi dan efektivitas proses manajemen pemerintahan serta kinerja di Substansi Sumber Daya Manusia. Namun demikian, serangkaian proses analisis dan perbaikan/ penataan tatalaksana seperti yang disebutkan di atas hanyalah sebagai alat bantu atau tools yang tidak harus selalu digunakan secara formal bila ingin melakukan peningkatan efisiensi dan efektivitas. Beberapa perbaikan/penataan dapat dilakukan secara intuitif dan segera tanpa harus melalui proses analisis dan perbaikan tata laksana yang panjang.

Substansi Sumber Daya Manusia melakukan pelayanan sesuai dengan Pedoman Penataan Tatalaksana rumah sakit dengan disesuaikan uraian tugas dan kegiatan yang ada di Substansi Sumber Daya Manusia.

B. Tujuan

Tujuan pedoman tatalaksana adalah memberikan acuan bagi Substansi Sumber Daya Manusia untuk menata tatalaksana dalam rangka memberikan dasar yang kuat bagi penyusunan Standard operating procedures/ SOP-AP, termasuk standar pelayanannya, yang lebih sederhana, efisien, efektif, produktif dan akuntabel.

C. Prinsip

Penataan tatalaksana harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

1. Definitif.
   Suatu tatalaksana harus memiliki batasan, masukan, serta keluaran yang jelas.
2. Urutan.
   Suatu tatalaksana harus terdiri dari aktivitas yang berurut sesuai waktu dan ruang.
3. Pelanggan.
   Suatu tatalaksana harus mempunyai penerima hasil proses.
4. Keterkaitan.
   Suatu proses tidak dapat berdiri sendiri, melainkan harus terkait dalam suatu struktur organisasi.
5. Fungsi silang.
   Suatu proses umumnya, walaupun tidak harus, mencakup beberapa fungsi.

D. Proses Tata Laksana Pelayanan di Substansi Sumber Daya Manusia

Proses tata laksana pelayanan di Substansi Sumber Daya Manusia meliputi pengadaan pegawai, kesejahteraan pegawai, pengembangan pegawai, Mutasi pegawai dan permasalahan pegawai.

Berikut merupakan pemetaan proses tata laksana pelayanan di Substansi Sumber Daya Manusia.

1. Penyusunan perencanaan SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dilakukan dengan memperhatikan beban kerja yang disusun oleh masing-masing satuan kerja, mengacu pada Visi, Misi dan Renstra RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan ditetapkan oleh Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

   Perencanaan kebutuhan SDM berdasarkan :

   a. Pengelolaan analisa perhitungan beban kerja;
   b. Pengelolaan standar kompetensi pegawai;
   c. Pengelolaan peta jabatan;
   d. Pengelolaan uraian jabatan;
   e. Pengelolaan peta karier pegawai.

2. Melakukan proses Pengadaan yaitu proses kegiatan untuk mengisi formasi pegawai yang meliputi perencanaan, pengumuman, pelamaran, penyaringan, penetapan kelulusan dan pengangkatan. Pengadaan CPNS dan PPPK yang dilakukan secara nasional oleh kementerian Kesehatan oleh panitia pusat melalui tahapan seleksi sesuai peraturan yang berlaku.

   Pengadaan pegawai non PNS karena penugasan CPNS/ PNS Kementerian Kesehatan RI masih belum mencukupi kebutuhan, sehingga masih diperlukan pengadaan pegawai non PNS baik reguler maupun khusus/ kondisi mendesak (seperti Kondisi Bencana alam maupun non alam). Pelaksanaan dilakukan secara terbuka, adil dan transparan berdasarkan ketentuan dan pengangkatan oleh Kementerian/ Direktur Utama.

   Proses selanjutnya yang harus dilakukan adalah :

   a. Melakukan proses Penyelesaian SK CPNS/ PPPK dan Non ASN;
   b. Melakukan koordinasi dan penyelesaian Proses Diklat Prajab;
   c. Melakukan peningkatan CPNS menjadi PNS;
   d. Melakukan pengusulan kartu pegawai (Karpek) sampai terbit Karpek;
   e. Melakukan pengusulan kartu suami dan kartu istri (Karsu Karis) sampai terbit Karsu Karis;
   f. Melakukan pengusulan kepesertaan Taspen;
   g. Melakukan pengusulan kepesertaan BPJS;
   h. Melakukan pengusulan proses SK BLU dari calon BLU;
   i. Melakukan pengusulan pembuatan *ID Card*.

3. Menfasilitasi kegiatan Kesejahteraan pegawai

   a. Melakukan kepengurusan penerbitan cuti;
   b. Melakukan kepengurusan penyelesaian usul perpanjangan CTLN;

c. Melakukan kepengurusan pengangkatan kembali setelah CTLN;
d. Melakukan kepengurusan penyelesaian usul perubahan grade;
e. Melakukan pengolahan data absensi pegawai;
f. Melakukan kepengurusan proses pengajuan gaji dan tunjangan;
g. Melakukan kepengurusan SKPP;
h. Melakukan kepengurusan pembayaran uang makan;
i. Melakukan kepengurusan pembayaran uang lembur;
j. Melakukan kepengurusan pembayaran tunjangan kinerja;
k. Mengusulkan Pembayaran remunerasi bagi tenaga perawat, tenaga kesehatan lain, Tenaga Non Medis, dan tenaga medis;
l. Mengusulkan PPIH dan TKHI;
m. Melakukan pemutakiran Data Peserta Jamsostek

4. Menfasilitasi pengembangan pegawai

Pengembangan SDM di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dilaksanakan dalam rangka peningkatan kemampuan SDM sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, hal ini dimaksud agar dapat tersedia SDM yang memiliki kemampuan, keahlian dan ketrampilan tertentu sehingga mampu melaksanakan tugas dan tanggung jawab yang diberikan sesuai standar pelayanan

Pengembangan Sumber Daya Manusia terdiri dari :

a. Melakukan pengusulan proses tugas belajar dan ijin belajar;
b. Melakukan pengusulan proses ujian dinas;
c. Melakukan pengusulan piagam penghargaan;
d. Melakukan pengusulan dan pelaksanaan Diklat pim;
e. Melakukan pengusulan proses baperjakat;
f. Melakukan pengusulan Penilaian Angka Kredit (PAK);
g. Melakukan pengusulan dan proses kenaikan pangkat;
h. Melakukan pengusulan dan proses kenaikan jabatan fungsional (Jabfung);
i. Melakukan pengusulan dan proses pengangkatan pertama;
j. Melakukan pengusulan dan proses pembebasan sementara;
k. Melakukan pengusulan dan proses pengangkatan kembali;
l. Melakukan pengusulan dan proses pemberhentian;
m. Melakukan pengusulan dan proses pengusulan tunjangan radiasi;
n. Melakukan pengusulan dan proses Inpassing;
o. Melakukan pengusulan dan proses PPDS.

5. Menfasilitasi kegiatan mutasi pegawai

a. Melakukan pengusulan dan proses penyesuaian ijazah;
b. Melakukan pengusulan dan proses penyesuaian gelar;
c. Melakukan pengusulan dan proses peninjauan masa kerja;
d. Melakukan pengusulan dan proses usul perpindahan;
e. Melakukan pengusulan dan proses Kenaikan Gaji Berkala (KGB);

f. Melakukan usul pemberhentian PNS;
g. Melakukan pengusulan dan proses Pensiun;
h. Melakukan pengusulan dan proses MPP.

6. Menfasilitasi penyelesaian permasalahan pegawai

Pembinaan pegawai dimulai sejak diangkat sebagai CPNS/ PNS/ PPPK Pegawai Non PNS sampai yang bersangkutan berhenti sebagai CPNS/ PNS/ Pegawai Non PNS. Bagi pegawai yang melanggar ketentuan dan atau peraturan akan diberikan sanksi sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021 tentang disiplin pegawai. Kegiatan yang dilakukan meliputi :

a. Melakukan pengusulan dan proses pemberhentian lebih dari satu orang;
b. Melakukan pengusulan dan proses pemberhentian karena tindak pidana;
c. Melakukan pengusulan dan proses pemberhentian karena menjadi anggota partai politik;
d. Melakukan pengusulan dan proses pemberhentian sementara;
e. Melakukan pengusulan dan proses penjatuhan hukuman disiplin;
f. Melakukan pengusulan dan proses pemberian ijin cerai;
g. Melakukan pengusulan dan proses SKP;
h. Melakukan pembinaan pegawai.

7. Pengelolaan Data Sumber Daya Manusia

Sebagai bahan dalam penyelenggaran administrasi kepegawaian yang penggunaanya untuk kepentingan organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan Kemenkes RI. Meliputi :

a. Cetak Daftar Urut Kepangkatan (DUK) dari SIMKA;
b. Pemutakhiran Data Pegawai di SIMKA Kemenkes;
c. Pemutakhiran Data Pegawai di SIMKA Internal;
d. Pemutakhiran Data Pegawai Program Excel;
e. Pengelolaan Pakta Integritas;
f. Membuat Rencana Kerja Tahunan;
g. Verifikasi Presensi *Finger print*.

BAB V
PENGENDALIAN MUTU DAN MANAJEMEN RESIKO

A. Pengertian Mutu (Kualitas)

Mutu adalah totalitas gambaran dan karakteristik dari produk atau layanan yang berpengaruh pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan tertentu atau kebutuhan yang tersirat. Mutu merupakan kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, manusia, proses dan tugas serta lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan atau penerima manfaat. Elemen mutu terdiri dari:

1. Mutu mencakup usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan;
2. Mutu mencakup produk, tenaga kerja, proses, dan lingkungan;
3. Mutu merupakan kondisi yang selalu berubah (misalnya apa yang dianggap merupakan mutu saat ini, mungkin dianggap kurang bermutu pada masa mendatang).

Substansi Sumber Daya Manusia juga melakukan pengendalian mutu terdiri atas 3 langkah utama, yaitu:

1. Perencanaan Mutu (*Quality Planning*)
   Pada tahapan ini dilakukan identifikasi kebutuhan konsumen (penerima manfaat), melakukan perancangan produk sesuai kebutuhan konsumen serta melakukan perancangan proses produksi yang sesuai spesifikasi rancangan produk.
2. Pengendalian Mutu (*Quality Control*);
   Merupakan suatu bentuk pengendalian kualitas pada saat proses produksi. Pada tahapan ini dilakukan identifikasi factor kritis yang harus diperhatikan, mengembangkan alat dan metode pengukuran serta mengembangkan standar bagi factor kritis.
3. Quality Improvement
   Merupakan suatu tindakan yang dilakukan jika terjadi ketidaksesuaian anatara kondisi actual dengan kondisi standar, agar dilakukan perbaikan, penyesuaian, dan tindakan lain yang tepat.

B. Pengertian Pengendalian Mutu (Quality Control)

Pengendalian mutu (*Quality Control*), merupakan suatu proses yang pada intinya adalah menjadikan entitas sebagai peninjau kualitas dari semua faktor yang terlibat dalam kegiatan pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia selama ini telah dan terus berupaya menerapkan sistem penjaminan mutu terhadap pelayanan yang dihasilkan. Upaya –upaya dan parameter pengukuran mutu diantaranya:

Penetapan SPM sebagai Indikator Kinerja Mutu Pelayanan Unit Kerja

1. Ketepatan Waktu Pengusulkan Kenaikan Pangkat;
2. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Gaji Berkala (KGB).

Oleh karena itu untuk mencapai sistem mutu pelayanan secara efektif diperlukan kemampuan dalam mengidentifikasi dan mengelola seluruh proses yang saling berhubungan dan berinteraksi serta kerjasama yang solit antara staf satu dengan yang lainnya atau secara intern maupun ekstern. Selain itu yang paling utama adalah bagaimana kita memelihara dan mengembangkan system dan menumbuhkan kesadaran pada semua staf di jajaran Substansi Sumber Daya Manusia menjadi lebih baik secara terus menerus dan berkesinambungan sehingga menjadi suatu budaya mutu yang pada akhirnya mampu meningkatkan kepercayaan dari unit kerja lain yang terkait dengan jajaran Substansi Sumber Daya Manusia.

Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Menteri kesehatan wajib menerapkan tata kelola Rumah sakit BLU yang sehat (*good corporate governance*) antara lain mencakup kaji-ulang atas resiko yang dilakukan oleh manajemen puncak dan pengungkapan (*disclosure*) secara terbuka (transparan) resiko yang dihadapi Rumah sakit, dan wajib menerapkan pengendalian intern (*internal control*) antara lain mencakup analisis resiko dan pengendalian resiko.

Pengelolaan resiko secara sistematis dan terstruktur dengan menerapkan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi resiko di Substansi Sumber Daya Manusia;
2. Melakukan asesmen resiko di Substansi Sumber Daya Manusia;
3. Memberi tanggapan dan perlakuan terhadap resiko (termasuk di dalamnya mengendalikan resiko) dengan membuat perencanaan yang bagus sesuai standart, malakukan langkah-langkah antisipasi di setiap kegiatan yang dilakukan;
4. Melakukan kaji-ulang resiko;
5. Mengungkapkan resiko secara terbuka.

Pelaksanaan pengendalian resiko baik oleh Subsubstansi Administrasi dan Pengembangan Sumber Daya Manusia maupun untuk semua stakeholder serta manajemen di semua satuan unit kerja agar tercapai apa yeng menjadi tujuan, visi, dan misi Substansi Sumber Daya Manusia dan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

C. Tujuan

1. Tujuan dari Kebijakan dan Manual Manajemen Resiko ini adalah mengarahkan dan memperlancar penerapan manajemen resiko di Substansi Sumber Daya Manusia RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten
2. Manfaat manajemen resiko adalah meningkatkan jaminan pencapaian tujuan, strategi, sasaran dan hasil kegiatan.

D. Definisi :

1. Resiko (risk) adalah kemungkinan terjadinya peristiwa yang membawa akibat yang tidak dikehendaki atas hal yang ingin dicapai Rumah Sakit yang telah dirumuskan di

dalam tujuan, strategi, sasaran yang termuat dalam Rencana Jangka Menengah dan Rencana Kerja Anggaran (Tahunan).

2. Tingkat Resiko (*risk level*) adalah tinggi atau rendahnya resiko yang diukur berdasarkan 2 (dua) hal berikut :
   a. Seberapa besar akibat negatif yang ditimbulkan bila suatu resiko terjadi
   b. Seberapa besar kemungkinan terjadinya suatu resiko
3. Toleransi resiko (*risk tolerance*) adalah batas tingkat resiko yang berdasarkan kebijakan Rumah Sakit dibolehkan untuk diterima sebagaimana adanya (tidak harus diturunkan menjadi lebih rendah lagi).
4. Identifikasi resiko (*risk identification*) adalah proses mengenali peristiwa yang mungkin terjadi dan dapat berakibat negatif.
5. Asesmen risiko (*risk assessment*) adalah proses menentukan tingkat resiko dan menentukan prioritas risiko.
6. Manajemen resiko (*risk management*) adalah proses manajemen, pengorganisasian dan kultur di Rumah Sakit yang diarahkan terhadap identifikasi risiko, asesmen risiko dan pemberian tanggapan serta perlakuan atas resiko.
7. Tanggapan atas resiko (*risk response*) adalah keputusan setelah berlangsungnya analisis resiko untuk menerima suatu resiko (sehingga terhadap resiko tidak dilakukan perlakuan untuk menurunkan tingkatnya) atau untuk tidak menerima resiko (sehingga terhadap resiko harus dilakukan perlakuan untuk menurunkan tingkatannya).
8. Perlakuan atas resiko (*risk treatment*) adalah tindakan setelah adanya tanggapan atas resiko yang dimaksudkan untuk menurunkan tingkat resiko dengan mengurangi kemungkinan terjadinya resiko, mengurangi akibat negatif yang timbul bila resiko terjadi, memindahkan (mentransfer) resiko kepada pihak lain atau menghindari risiko (dengan menghindari tujuan, strategi, sasaran atau rencana hasil kegiatan yang terkait).
9. Sisa resiko (*residual risk*) adalah tingkat resiko setelah tindakan perlakuan atas resiko.
10. Proses inti (*core process*) adalah proses analisis risiko dan pemberian tanggapan dan perlakuan atas risiko.

BAB VI
KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Suatu sistem di rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman. System tersebut mengikuti peningkatan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis kejadian yang tidak diinginkan, pembelajaran dari kejadian yang tidak diinginkan (KTD) dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko system tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya KTD yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

B. Tujuan

1. Terciptanya budaya keselamatan di Substansi Sumber Daya Manusia.
2. Meningkatnya akuntabilitas di unit kerja terhadap pelanggan internal dan ekternal.
3. Menurunnya KTD di tiap unit kerja.
4. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD.

C. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan Pasien, "ciptakan kepemimpinan & budaya yang terbuka dan adil"

   Bagi Rumah sakit:

   a. Kebijakan: tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien, keluarga;
   b. Kebijakan: peran & akuntabilitas individual pada insiden;
   c. Tumbuhkan budaya pelaporan & belajar dari insiden;
   d. Lakukan asesmen dg menggunakan survei penilaian Keselamatan Pasien.

   Bagi Tim:

   a. Anggota mampu berbicara, peduli & berani lapor bila ada insiden;
   b. Laporan terbuka & terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/ solusi yang tepat.

2. Pimpin dan dukung staf anda, "bangunlah komitmen & focus yang kuat & jelas tentang Keselamatan Pasien di RS anda"

   Bagi Rumah Sakit:

   a. Ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien;
   b. Di bagian-bagian ada orang yang dapat menjadi "Penggerak" (champion) Keselamatan Pasien;
   c. Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/ Manajemen;
   d. Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf.

Bagi Tim:

a. Ada "penggerak" dalam tim untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
b. Jelaskan relevansi & pentingnya, serta manfaat gerakan Keselamatan Pasien
c. Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden

3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, "kembangkan sistem & proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi & asesmen hal yg potensial bermasalah"

Bagi Rumah Sakit:

a. Struktur & proses manajemen risiko klinis & non klinis, mencakup Keselamatan Pasien
b. Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko
c. Gunakan informasi dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko & tingkatkan kepedulian terhadap pasien

Bagi Tim:

a. Diskusi isu Keselamatan Pasien dalam forum-forum, untuk umpan balik kepada manajemen terkait
b. Penilaian risiko pada individu pasien
c. Proses asesmen risiko teratur, tentukan akseptabilitas tiap risiko, & langkah memperkecil risiko tersebut

4. Kembangkan sistem pelaporan, "pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden serta RS mengatur pelaporan kpd KKP-RS"

Bagi Rumah sakit:

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden, ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KKPRS – PERSI

Bagi Tim:

Dorong anggota utk melaporkan setiap insiden & insiden yg telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, sebagai bahan pelajaran yang penting

5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, "kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien"

Bagi Rumah Sakit

a. Kebijakan : komunikasi terbuka ttg insiden dengan pasien & keluarga;
b. Pasien & keluarga mendapat informasi bila terjadi insiden;
c. Dukungan,pelatihan & dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien & keluarga *(dlm seluruh proses asuhan pasien).*

Bagi Tim:

a. Hargai & dukung keterlibatan pasien & keluarga bila telah terjadi insiden;
b. Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien & keluarga bila terjadi insiden;
c. Segera setelah kejadian, tunjukkan empati kepada pasien & keluarga.

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan pasien, "dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana & mengapa kejadian itu timbul".

   Bagi Rumah Sakit:

   a. Staf terlatih mengkaji insiden secara tepat, mengidentifikasi sebab
   b. Kebijakan: kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah *(Root Cause Analysis/ RCA) atau Failure Modes & Effects Analysis (FMEA)* atau metoda analisis lain, mencakup semua insiden & minimum 1 x per tahun untuk proses risiko tinggi

   Bagi Tim:

   a. Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
   b. Identifikasi bagian lain yang mungkin terkena dampak & bagi pengalaman tersebut

7. Cegah cedera melalui implementasi system Keselamatan pasien, "Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan"

   Bagi Rumah Sakit:

   a. Tentukan solusi dengan informasi dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, audit serta analisis
   b. Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf & kegiatan klinis, penggunaan instrumen yang menjamin Keselamatan pasien
   c. Asesmen risiko untuk setiap perubahan
   d. Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI
   e. Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden

   Bagi Tim:

   a. Kembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik & lebih aman
   b. Telaah perubahan yang dibuat tim & pastikan pelaksanaannya
   c. Umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

D. Implementasi Keselamatan Pasien di Substansi Sumber Daya Manusia

Sebagai unit kerja penyelenggara pelayanan di Substansi Sumber Daya Manusia mempunyai tanggung jawab dalam pembudidayaan dan penyebarluasan informasi mengenai Keselamatan Pasien. Sebagai bentuk tanggung jawab terhadap peningkatan kompetensi dan pengetahuan Sumber Daya Manusia mengenai keselamatan pasien dengan mengikut sertakan pelatihan antara lain: BHD, PPI, Pasien *safety*, *service excelen*, K3.

BAB VII
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang sudah ditentukan.

Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung di rumah sakit dihadapkan pada resiko terjadinya infeksi atau infeksi nosokomial yaitu infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.

Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini muncul berbagai penyakit infeksi baru (*new emerging, emerging diseases dan re-emerging diseases*). Infeksi Rumah Sakit (IRS) atau *Healthcare Assosiated Infection*/ HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di Rumah Sakit atau Fasilitas pelayanan kesehatan lain.

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Meningkatkan mutu layanan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, yang dilaksanakan oleh semua departemen/ unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, meliputi kualitas pelayanan, manajemen risiko, clinical governance, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

2. Tujuan Khusus

   Sebagai pedoman bagi direktur rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam membentuk organisasi, menyusun serta melaksanakan tugas, program, wewenang dan tanggung jawab secara jelas.Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara efektif dan efisien dalam pelaksanaan PPI. Menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara bermakna.

B. Implementasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit

Sebagai unit kerja penyelenggara administrasi dan pengembangan Sumber Daya Manusia Substansi Sumber Daya Manusia mempunyai tanggung jawab dalam pembudidayaan dan penyebarluasan informasi mengenai PPI.

Sebagai bentuk tanggung jawab terhadap peningkatan kompetensi dan pengetahuan SDM mengenai PPI bekerjasama dengan Tim PPI antara lain dengan cara :

1. Pelatihan Dasar-dasar PPI terhadap semua karyawan;
2. Menerapkan kaidah - kaidah PPI di Substansi Sumber Daya Manusia yang meliputi kebersihan tangan dan penerapan kaidah lainnya;
3. Menjadikan materi keselamatan pasien bagi karyawan baru.

***Five moment* cuci tangan di perkantoran**

1. Segera sebelum dan sesudah meninggalkan rumah sakit;
2. Sesudah ke kamar kecil;
3. Sebelum dan sesudah menyentuh pasien makanan;
4. Sebelum dan sesudah kontak dengan benda yang terkontaminasi cairan tubuh pasien;
5. Bila tangan kotor.

Langkah Melakukan Kebersihan Tangan

1. Gulung lengan baju sampai atas pergelangan tangan, lepas cincin, jam tangan dan perhiasan tangan yang lain;
2. Basahi tangan sampai sepertiga lengan di bawah air mengalir;
3. Ambil sabun cair kira-kira 5 ml, ratakan dengan dua telapak tangan;
4. Gosok punggung dan sela- sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaiknya;
5. Gosok kedua telapak dan sela- sela jari;
6. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci;
7. Bersihkan jempol tangan kanan dengan menggenggamnya dengan tangan kiri lalu putar-putar,dan lakukan sebaliknya;
8. Akhirnya dengan menggunakan ujung jari dan jari bersihkan telapak tangan dengan menggunakan gerakan memutar, dan lakukan sebaliknya;
9. Bilas tangan seluruhnya dengan air;
10. Keringkan dengan tissue dan gunakan tissue bekas itu untuk menutup kran air.

PENERAPAN PROGRAM PENGENDALIAN INFEKSI DI RUMAH SAKIT

Adalah suatu Program Pengendali infeksi yang efektif melibatkan semua departemen penyedia pelayanan untuk memaksimalkan hasil akhir/ kepuasan pasien, dengan tujuan mengurangi infeksi pada pelayanan kesehatan.

Pemilihan sarung tangan berdasarkan penilaian risiko

No	Tindakan	Risiko trasmisi mikroorganisme ke pasien	Risiko kontaminasi ke petugas kesehatan	Pilihan sarung tangan
1	Tehnik non aseptik beresiko tinggi dengan paparan darah dan cairan tubuh	Rendah	Tinggi	Non steril

No	Tindakan	Risiko trasmisi mikroorganisme ke pasien	Risiko kontaminasi ke petugas kesehatan	Pilihan sarung tangan
2	Prosedur-prosedur yang melibatkan benda tajam	Rendah	Tinggi	Non steril
3	Penanganan disinfektan	Rendah	Rendah	Non steril
4	Tindakan medis yang memungkinkan penarikan sarung tangan	Rendah	Rendah	Non steril
5	Seluruh prosedur aseptik dengan potensi paparan darah dan cairan tubuh	Tinggi	Tinggi	Steril
6	Seluruh prosedur operasi	Tinggi	Tinggi	Steril

FAKTOR – FAKTOR PENTING YANG HARUS DIPERHATIKAN PADA PEMAKAIAN APD

1. Kenakan APD sebelum kontak dengan pasien, umumnya sebelum memasuki ruangan;
2. Gunakan dengan hati – hati jangan menyebarkan kontaminasi;
3. Lepas dan buang secara hati – hati ke tempat sampah infeksius yang telah disediakan di ruang ganti khusus. Lepas masker di luar ruangan;
4. Segera lakukan pencucian tangan dengan 6 langkah higiene tangan;
5. Kenakan APD sebelum kontak dengan pasien, umumnya sebelum memasuki ruangan;
6. Gunakan dengan hati – hati jangan menyebarkan kontaminasi;
7. Lepas dan buang secara hati – hati ke tempat sampah infeksius yang telah disediakan di ruang ganti khusus. Lepas masker di luar ruangan;
8. Segera lakukan pencucian tangan dengan 6 langkah higiene tangan.

HAL – HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN UNTUK KESEHATAN KARYAWAN

1. Tidak perlu menyarungkan jarum suntik kembali jika tidak dibutuhkan, jika terpaksa harus menyarungkan jarum suntik kembali tutup dengan satu tangan;
2. Segera masukan jarum kedalam safety box setelah selesai menyuntik;
3. Jangan recap jarum yang telah dipakai, memanipulasi jarum dengan tangan , menekuk jarum, mematahkan dan melepas jarum dari spuit;
4. Berhati- hati dalam bekerja saat menangani jarum, scalpel alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, dan saat membersihkan instrument dan saat membuat jarum untuk mencegah trauma;
5. Buang jarum, spuit, pisau, skapel dan peralatan benda tajam habis pakai ke dalam wadah tahan tusukan sebelum dibuang ke insinerator;
6. Pakai *mouthpiece*, resusitasi *bag* atau peralatan ventilasi lain pengganti metode resusitasi mulut ke mulut;

7. Jangan mengarahkan bagian tajam jarum ke bagian tubuh selain akan menyuntik.

KEJADIAN TERPAPAR DARAH DAN CAIRAN TUBUH/ PAJANAN

1. Kebijakan/ prosedur Rumah Sakit;
2. Pertolongan pertama;
3. Lapor mengisi Checklist/ format pelaporan pajanan;
4. Pengkajian resiko : Kontaminasi darah terhadap kulit yang tidak utuh, Luka benda tajam, Terpercik pada mukosa mata, hidung, mulut;
5. Ijin dari pasien untuk test Hep B, Hep C, HIV/ eviden base pasien;
6. Periksa imunitas staf terhadap hep B (anti HbS);
7. Dokumentasikan;
8. Kaji ulang/ evaluasi tiap 6 bulan;
9. Pelaporan pada Direktur.

Hal – hal yang perlu dilakukan bila petugas terpajan:

1. Periksa status kesehatan petugas terpajan;
2. Ketahui status kesehatan sumber pajanan;
3. Tindakan sesuai jenis paparan;
4. Terapkan profilaksis pasca pajanan (PPP) sesuai Kebijakan RS.

Tindakan pertama pada pajanan bahan kimia atau cairan tubuh

1. Mata → segera bilas dengan air mengalir selama 15 menit;
2. Kulit → segera bilas dengan air mengalir 1 menit;
3. Mulut → segera kumur-kumur selama 1 menit;
4. Segera hubungi Dokter yang berwenang untuk melakukan perawatan pasca pajanan;
5. Lapor ke Komite/ Tim PPI, panitia K3RS atau sesuai alur RS;
6. Dengan membawa formulir kejadian yang sudah diisi dibawa ke atasan langsung untuk dilaporkan dan segera ke IGD/ Tim untuk mendapatkan pemeriksaan atau terapi.

Tindakan pasca tertusuk jarum

1. Cuci dengan air mengalir menggunakan sabun atau cairan antiseptik, tanpa melakukan pemijatan;
2. Berikan cairan antiseptik pada area tertusuk/ luka;
3. Segera ke IGD/ Tim untuk mendapatkan terapi dan pemeriksaan laboratorium dengan membawa formulir kejadian tertusuk jarum yang sudah diisi dan ditandatangani;
4. Lapor ke tim PPIRS atau Tim IPCN, dan K3RS.

PENANGANAN BENDA TAJAM

Penanganan Benda Tajam dan Mencegah Kejadian terpapar Benda Tajam :

1. Pembuangan langsung ke dalam kontainer benda tajam yang sesuai;

2. Kontainer harus selalu tersedia saat diperlukan;
3. Menempel/ tidak goyang;
4. Tinggi 1,1 – 1,2 meter – untuk memudahkan dalam pengawasan;
5. Posisi kontainer tidak di atas tempat sampah;
6. Tidak boleh menutup kembali (recap) jarum;
7. Orang yang menggunakan harus bertanggung jawab untuk membuangnya;
8. Pencegahan khusus terhadap benda tajam di ruang operasi;
9. Kontainer terisi ¾ segera ganti, tidak direkomendasi penuh.

Tahap-tahap pembersihan tumpahan adalah sebagai berikut :

1. Pasang gaun pelindung, celemek, dan sarung tangan karet serta sepatu pelindung;
2. Bersihkan tumpahan darah, muntahan, dll dengan kain atau tisu dengan cara memutar kearah dalam;
3. Buang kain pembersihan atau tisu ke wadah limbah tahan bocor (infeksius);
4. Lakukan disinfeksi pada bagian permukaan yang terkena tumpahan;
   Catatan: Sodium hipoklorit dapat digunakan untuk disinfeksi, dengan konsentrasi yang dianjurkan berkisar dari 0,05% sampai 0,5%;
5. Lepaskan segera APD;
6. Lakukan kebersihan tangan.

Strategi pencegahan risiko infeksi/ kecelakaan kerja

1. Taat menerapkan Kewaspadaan Isolasi : Standar dan Berdasarkan Transmisi;
2. Menjaga kesehatan saluran napas (tidak merokok);
3. Menjaga kesehatan tubuh secara umum;
4. Menjaga kebersihan diri;
5. Senantiasa menjaga perilaku hidup sehat;
6. Tidak memanipulasi jarum bekas pakai;
7. Petugas menderita flu diminta tidak merawat atau kontak dengan pasien imunitas rendah (imunokompromais);
8. Petugas yang demam/ menderita gangguan pernafasan dalam 10 hari setelah terpajan penyakit menular melalui udara (*airborne*) perlu dibebas-tugaskan dan harus diisolasi;
9. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan!
10. Gunakan baki bila memberikan benda tajam!
11. Pendidikan & latihan berkesinambungan;
12. Gunakan APD sesuai jenis tindakan!
13. Baca etiket obat/cairan sebelum diberikan!
14. Jangan memanipulasi jarum bekas pakai!
15. Tidak menyarungkan kembali jarum yang telah dipakai!
16. Buang jarum bekas pakai pada kontainer yang telah disediakan!
17. Jangan pernah memberikan jarum bekas pakai kepada orang untuk dibuang!

18. Buang kontainer jarum jika sudah 2/3 penuh!
19. Buang sampah sesuai tempatnya!
20. Jaga kebersihan lingkungan!
21. Jaga permukaan lantai tetap kering dan tidak licin!
22. Lepaskan jarum memakai alat yang tepat, atau buang jarum bersama syringe!
23. Buang jarum pada kontainer yang tahan tusukan dan tahan bocor!
24. Gunakan sistem Vacutainer!
25. Jangan tinggalkan jarum sembarangan!

BAB VIII
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

Rumah sakit dalam kegiatannya menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan suportif bagi para pelanggannya. Untuk mencapai tujuan ini, fasilitas rumah sakit harus dikelola secara efektif, dan secra khusus harus ditata manajemen untuk : mengurangi dan mengendalikan bahaya serta resiko, mencegah kecelakaan dan cedera, serta memelihara kondisi aman.

Manajemen yang efektif meliputi perencanaan, pengorganisasian, *actuating, controlling*. Di Subsubstansi Umum merupakan user besar dalam menyelenggarakan fasilitas non medis dan keperluan sehari – hari di semua unit kerja, sehingga perlu adanya perencanaan kebutuhan setiap tahunnya dengan memperhitungkan jumlah saldo barang. Dalam mengorganisir efektifitas penggunaan fasilitas diperlukan manajemen yang baik oleh semua satuan kerja, sehingga semua unit satuan kerja ikut memantau agar dapat semua fasilitas yang digunakan bias efektif dan efisien. Pimpinan membuat suatu perencanaan kebutuhan, memonitor dan mengevaluasi penggunaan fasilitas tersebut serta memanajemen penyimpanan dan penggunaan bahan – bahan yang berbahaya tersebut agar tidak menimbulkan suatu risiko yang mengakibatkan keselamatan karyawan/ pasien.

Terdapat enam bidang yang mencakup tata kelola fasilitas dan keselamatan, yaitu :

1. Keselamatan dan keamanan;
2. Bahan berbahaya;
3. Manajemen emergensi;
4. Pengamanan kebakaran;
5. Peralatan medis;
6. Sistem utilitas.

Keberhasilan organisasi mencapai tujuan tersebut diatas didukung oleh pengelolaan faktor-faktor berikut : ***Man, Money, Machine, Methode dan Material***/ logistik. Pengelolaan yang seimbang dan baik dari kelima faktor tersebut akan memberikan kepuasan kepada kostumer baik kostumer internal maupun eksternal. Manajemen logistik merupakan aktivitas yang sangat penting dalam sebuah perusahaan atau perkantoran. Fungsi logistik tidak lagi dipandang sebagai supporting dalam operasional perkantoran, namun sebagai salah satu fungsi yang akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi instansi tersebut. Adanya dinamika dalam internal instansi atapun antar instansi menuntut pengelolaan logistik untuk menggunakan pendekatan baru yang mampu meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan.

Keberhasilan pengelolaan logistik rumah sakit tergantung pada kompetensi dari manajer logistik rumah sakit. Manajer berfungsi untuk mengelola logistik melalui fungsi antara lain mengidentifikasi, merencanakan pengadaan, pendistribusian alat hingga mengembangkan sistem pengelolaan logistik yang efektif dan efisien. Pengadaan alat yang tepat dan berfungsi dengan baik akan memperlancar kegiatan pelayanan pasien sehingga berdampak bagi peningkatan mutu pelayanan secara umum.

Keselamatan dan Keamanan

Keselamatan merupakan suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ *ground* dan peralatanan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau resiko bagi pasien, staf dan pengunjung.Keamanan merupakan proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang.

Keamanan **:** adalah Perlindungan fasilitas dan penghuninya dari bahaya dan kerugian, hal ini terkait dengan ancaman dari pihak luar.

Keselamatan : adalah suatu kondisi dalam pekerjaan yang sehat dan aman baik bagi pekerjaannya, perusahaan maupun bagi masyarakat (Pasien, Staf, Pengunjung, dan vendor), serta terhindar dari kecelakan.

Ruang Lingkup keselamatan adalah:

1. NSI (*Needlestick Injury*), kasus tertusuk jarum bekas pakai/ infeksius
2. Cidera Punggung,
3. Terpapar Kuman, potensial hazard paling besar
4. *SLIP* (Terpleset): insiden yang disebabkan tidak aman/ licin
5. *TRIP* (Tersandung): jenis kecelakaan karena terantuk
6. Jatuh : salah satu jenis kecelakaan yang mengakibatkan cidera ringan sampai berat karena
7. Tersengat Listrik: semua area menggunakan listrik dalam Terbakar : Potensi terjadinya bahaya kebakaran di rumah sakit antara lain berasal dari: Listrik, Api, Ledakan, Bahan Kimia.
    a. Bising: Berdasarkan persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit, tingkat kebisingan di bedakan berdasarkan ruangan atau unit pelayanan.
    b. Radiasi: Potensi bahaya radiasi di rumah sakit pada sarana penunjang yang menggunakan sinar x/ sinar gama.

Ruang lingkup keamanan adalah :

1. Pencurian: gangguan keamanan mengambil benda yang bukan miliknya;
2. Kekerasan: gangguanm kemanan bersifat paksaan dengan ciri kekerasan;
3. Penculikan: gangguan keamana berupa melarikan orang lain dengan maksud tertentu (dibunuh/ dijadikan sandra/ maksud lain yang merugikan);
4. Terorisme: gangguan keamanan dengan cara mengunakan kekerasan untuk menimbulkan ketakutan dalam mencapai tujuan.

Kepala Satuan Kerja

1. Mematuhi peraturan dan ketetapan rumah sakit terkait keselamatan dan keamanan;
2. Memastikan sarana, lingkungan dan aktifitas kerja dalam kondisi aman;
3. Melaporkan setiap adanya insiden dan potensial bahaya di satuan kerja terkait keselamatan dan keamanan;
4. Mampu memberikan *briefing* atau *training* terkait dengan keselamatan dan keamanan di satuan kerjanya.

Semua Pegawai

1. Melakukan tugas sesuai yang diinstruksikan;
2. Mematuhi peraturan dan ketetapan rumah sakit terkait keselamatan dan keamanan;
3. Menjaga sarana, lingkungan dan aktifitas kerja yang aman dan selamat serta menjaga kebersihan lingkungan.;
4. Melaporkan setiap adanya insiden dan potensial bahaya di area kerja dan area lain yang ditemuinya.

   Daerah risiko keamanan :

   a. Akses ke rumah sakit (pintu masuk/ keluar rumah sakit)
   b. Area Perawatan Pasien Sensitif :
      1) Ruang Bayi;
      2) Ruang Perinatologi;
      3) Ruang Intesif Cardiologi Care Unit (ICCU);
      4) Ruang *Intensif Care Unit* (ICU);
      5) Ruang *Perinatal Insentif Care Unit/ Neonatal Insentif Care Unit* (PICU/NICU);
      6) Instalasi Gawat Darurat (IGD).

Area Keamanan Sensitif

Ruang Direksi, Ruang Bagian Keuangan, Kamar Operasi, Ruang Arsip, Gudang Obat Farmasi, Gardu Listrik, General Set, Ruang Panel Distribusi/ Panel Sinkron, Pompa Hidrant, Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL), Penampungan Air Bersih (ground tank, water torn), Gudang Penyimpanan Oksigen dan gas medis lainnya, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan Patologi, Instalasi Rekam Medis, Tangki Solar

SISTEM PELAPORAN INSIDEN

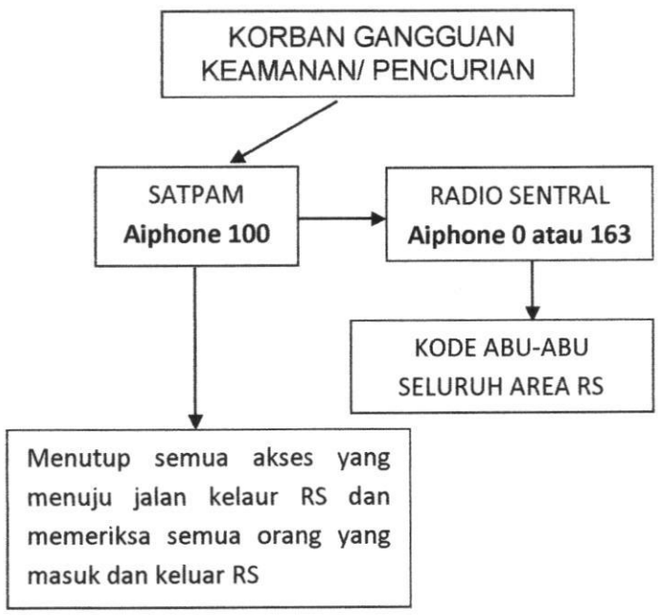
1. Pelaporan insiden dibuat sesegera mungkin setelah kejadian dengan mengisi formulir Laporan Insiden (pelaporan paling lambat 2 X 24 jam);
2. Penyerahan laporan kepada Atasan langsung Pelapor, atau ke Tim Kesehatan dan keselamatan kerja bila kejadian terjadi pada area – area netral (seperti: koridor, taman, area parkir). Laporan harus diserahkan ke komite Kesehatan dan keselamatan kerja;
3. Pelaksanaan investigasi Insident dilakukan segera setelah laporan diterima dan dilakukan oleh tim investigasi insident (pelaksanaan investigasi dilakukan paling lambat 2 x 24 jam). Laporan incident menggunakan formulir investigasi insiden. Pembentukan tim investigasi sesuai dengan kebutuhan, tim investigasi dapat terdiri dari Tim K3, atau melibatkan satker terkait bila incident termasuk kategori *Accident* atau *emergency*;
4. Pelaporan investigasi harus disimpan di area dan Tim K3;
5. Laporan investigasi harus dilengkapi Penyampaian informasi incident harus di lakukan langsung ke area, dan area – area lain yang memiliki potensi bahaya yang sama. Informasi incident harus menyebutkan lokasi incident, kejadian, dampak pada korban, hari dan

tanggal tanpa perlu menyebutkan nama yang bersangkutan untuk menghindari terjadinya kejadian serupa.

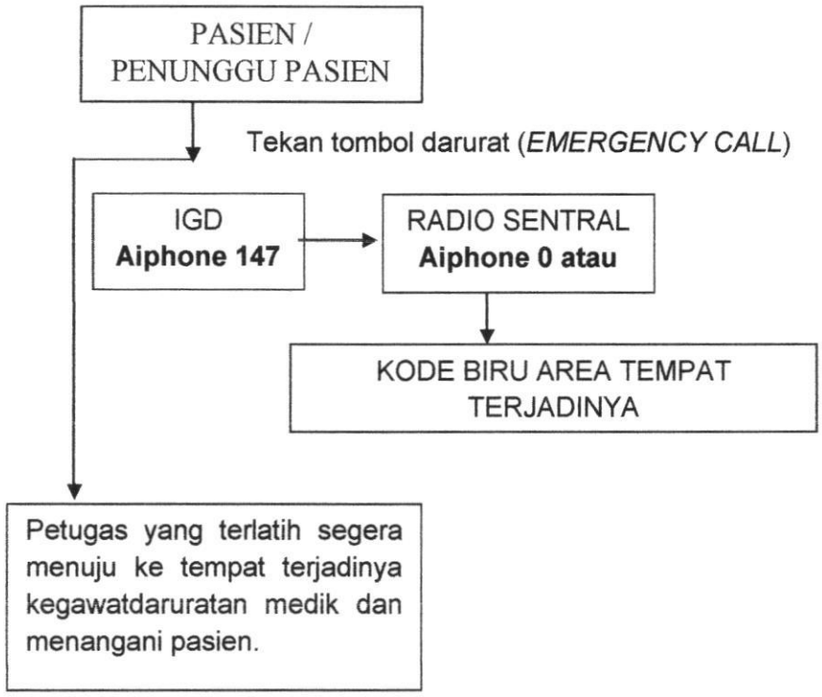
PROGRAM STRATEGI KEAMANAN YANG DAPAT DICEGAH

1. Identifikasi Keamanan :
   a. Tanda pengenal dengan foto kepada seluruh pegawai/ staff. Staff harus mengenakan tanda pengenal;
   b. Id Band pergelangan tangan digunakan untuk semua pasien rawat inap dan pasien di Instalasi Gawat Darurat;
   c. Staf outsourcing/ pihak ketiga mengunakan tanda pengenal sesuai ketentuan;
   d. Peserta didik (siswa/ mahasiswa) *mengunakan lencana tanda pengenal* yang dikeluarkan oleh bidang diklit;
   e. Mengisi buku tamu pada saat berkunjung (pengunjung/rekanan) ke Rumah Sakit dan *mendapatkan kartu tamu (visitor);*
   f. Kontraktor tetap harus memiliki ID yang dilengkapi dengan foto, Peralatan kerja dan barang-barang yang digunakan untuk pekerjaannya harus diperiksa dan didata;
   g. Pendataan tenaga sukarela didata oleh bagian HUMAS;
   h. Skrining pengunjung, keluarga pasien dan rekanan pada jam setelah jam kerja;
   i. Melakukan pengontrolan di tiap-tiap gedung rawat inap/ rawat jalan;
   j. Diberlakukan jam perawatan setelah jam berkunjung khusus di gedung *perawatan dan di gedung perkantoran setelah jam keja diberlakukan tidak menerima tamu kecuali sudah membuat janji sebelumnya;*

Alur jika terjadi Pencurian



Alur jika terjadi Kegawatdaruratan Medik



Bahan berbahaya

Untuk penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan radioaktif dan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman. Di kantor Subsubstansi Umum terdapat bahan-bahan yang dikatagorikan bahan berbahaya, yaitu :

1. Bayclin;
2. Baygon;
3. Sabun;
4. Pewangi;
5. Bolam;
6. Air Aki;
7. Batu Batarai.

PENGGUNAAN DAN PENANGANAN B3

Penggunaan dan penanganan Bahan berbahaya dan beracun dan limbah Bahan berbahaya dan beracun harus sesuai prosedur untuk masing-masing bahan berbahaya dan beracun.

1. Ventilasi yang benar dan pengadaan *exhaust* mengurangi petugas dari paparan kontaminan yang ada di udara;
2. Petugas yang bekerja dengan Bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya harus menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) selama bekerja sesuai yang tercantum di MSDS Bahan berbahaya dan beracunnya;
3. Gunakan Bahan berbahaya dan beracun secukupnya, jangan berlebihan yang menyebabkan bersisa;

4. Satuan kerja yang bekerja dengan gas etilen oksida, formaldehid dan xylene harus selalu dimonitor untuk memastikan tidak ada gas yang terlepas di ruang kerja;
5. Petugas yang bekerja dengan Bahan berbahaya dan beracun dan limbah Bahan berbahaya dan beracun harus ditraining tentang bahan berbahaya dan beracun dan penggunaan MSDS.

PENYIMPANAN DAN PENGAMANAN BAHAN B3

1. Penyimpanan bahan berbahaya dan beracun akan dilakukan di Gudang khusus untuk bahan berbahaya dan beracun dan diberi label bertulis nama bahan, tanggal masuk dan tanda khusus/simbol Bahan berbahaya dan beracun. Baca petunjuk yang tertera pada kemasan. Label bahan berbahaya dan beracun dijaga tidak boleh rusak menyebabkan tidak terbaca karena dapat terjadi kecelakaan;
2. Letakkan bahan sesuai ketentuan pada ruang sesuai petunjuk, bahan berbahaya dan beracun mudah terbakar seperti Alkohol, Formalin, Eter, dll disimpan dalam Gudang Tahan Api;
3. Jangan menyimpan bahan yang mudah bereaksi di tempat yang sama. Bahan berbahaya dan beracun disimpan bersama dengan bahan berbahaya dan beracun yang sifatnya sama, seperti mudah terbakar dengan mudah terbakar;
4. Bahan berbahaya dan beracun yang dipindahkan ke wadah lain harus diberi label, kecuali habis dipakai dalam satu hari. Label bertulis nama/ isi, sifat, tanggal diterima dan kalau ada tanggal kadaluarsa dari Bahan berbahaya dan beracun;
5. Jangan menyimpan Bahan berbahaya dan beracun melebihi pandangan mata, hindari menyimpan di rak bagian paling atas dan dibawah bak cuci;
6. Pastikan bekerja dengan aman, menggunakan APD yang sesuai, sesuai prosedur dalam pengambilan dan penempatan bahan, hindari terjadinya tumpahan/ bocor/ pecahnya botol;
7. Penempatan APAR kelas ABC dekat lokasi dimana bahan berbahaya dan beracun disimpan atau digunakan serta penempatan petugas terlatih tentang cara penggunaan bahan berbahaya dan beracun;
8. Penyimpanan bahan berbahaya dan beracun dilakukan dengan memperhatikan syarat-syarat penyimpanan sesuai dengan MSDS (*Material Safety data Sheet*) yang diletakkan dekat Bahan berbahaya dan beracun;
9. Dilarang merokok di area penyimpanan bahan berbahaya dan beracun dan limbah bahan berbahaya dan dipasang tanda "Dilarang Merokok";
10. Perhatian dan segera diperbaiki apabila ada:
    a. Kerusakan pada tempat penyimpanan Ada tumpahan;
    b. Suhu yang terlalu panas atau terlalu dingin;
    c. Tidak ada label penting untuk Bahan berbahaya dan beracun;
    d. Cahaya yang kurang atau tidak ada cahaya;
    e. Sampah yang menumpuk;
    f. Cara penyimpanan Bahan berbahaya dan beracun yang tidak betul.

PROSEDUR PENANGANAN TUMPAHAN BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Tumpahan Bahan berbahaya dan beracun dapat ditangani dengan baik dengan melihat :

1. Lokasi terjadi tumpahan;
2. Jumlah materi yang tumpah:
   a. Jumlah sedikit materi yang tumpah: penanganan oleh petugas kebersihan dengan pengawasan Kepala ruangan;
   b. Jumlah sedang materi yang tumpah: penanganan oleh satuan kerja terkait, perlu komite K3;
   c. Jumlah besar yang tumpah: penanganan oleh instalasi sanitasi dan pertamanan bekerjasama dengan Komite K3, perlu investigasi.
3. Sifat kimia dan fisika dari bahan yang tumpah;
4. Sifat berbahaya dari bahan yang tumpah;
5. APD yang diperlukan;
6. Tempat diletakkan spill kit dan jenis spill kit;
7. MSDS dan Spill Kit harus diletakkan ditempat yang mudah dilihat;
8. Petugas yang bekerja dengan Bahan berbahaya dan beracun dan limbah Bahan berbahaya dan beracun harus diberikan pelatihan/ training.

***"Chemical spill kit"* terdiri dari :**

a. Gaun pelindung (1 buah);
b. Gloves (2 pasang);
c. Masker penutup wajah (*face shield*) dan kacamata pelindung (*googles*) (@1 buah);
d. Sepatu pelindung (*rubber shoe cover protective*) atau sepatu boot;
e. Air bersih (1 botol);
f. Disinfektan cair (1 botol);
g. Kantong plastik (2 buah);
h. Sekop dan pengikis (1 buah);
i. Tissue kertas absorben atau bahan katun bekas (minimal 3 potong);
j. Larutan deterjen;
k. Tanda bahaya dan isolasi (*yellow tape*) untuk mengkarantina daerah berbahaya (dengan *spill sock* dan *spill pillows*).

Mercury spill kit terdiri dari :

a. Gaun pelindung (1 buah);
b. Gloves (2 pasang);
c. Masker penutup wajah (*face shield*) dan kacamata pelindung (*googles*) (@1 buah);
d. Sepatu pelindung (*rubber shoe cover protective*) atau sepatu boot;
e. Klip plastik obat yang besar (4-5 buah);
f. Senter;
g. Kantong plastik (2 buah);
h. Penetes atau syringe (tanpa jarum);
i. Tissue kertas absorben atau potongan-potongan karton tebal;

j. Serbuk sulfur atau zink;
k. Larutan deterjen;
l. Tanda bahaya dan isolasi (*yellow tape*) untuk mengkarantina daerah berbahaya (dengan *spill sock* dan *spill pillows*).

Manajemen emergensi

Untuk tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif.

Disaster Plan, misal: gempa Bumi.

Hal Yang Perlu Diperhatikan Saat Gempa :

1. Jangan panik;
2. Berlindung dibawah meja/ kursi yang kuat;
3. Bila keluar gedung tidak berebut;
4. Gunakan tangga darurat;
5. Ikuti petunjuk petugas;
6. Segera menuju tempat berhimpun (parkir depan direksi, jalan sebelah timur RS);
7. Petugas K3 akan mendata pengunjung gedung;
8. Gedung ini sudah teruji oleh gempa 2006 dan sudah diuji oleh balai teknik UGM.

Disaster adalah segala kejadian yang menyebabkan kerugian, gangguan ekonomi, kerugian jiwa manusia dan gangguan kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan skala yang cukup besar sehingga memerlukan penanganan lebih besar dari biasanya.

Macam Bencana:

1. Kebakaran (SPO);
2. Wabah/ Epidemik (SPO);
3. Ledakan (SPO);
4. Gempa Bumi (SPO);
5. Keracunan Masal (SPO);
6. Huru hara (SPO);
7. Ancaman Bom (SPO).

Satuan Kerja yang bersangkutan.

1. Segera memberikan laporan tentang kejadian bencana kepada Kepala Satker, Satpam dan diluar jam kerja menghubungi perawat supervisi.
2. Ka. Satker/ yang didelegasikan bertugas sebagai pimpinan penanggulangan dan pengendalian bencana pada siaga III.
3. Apabila api tidak dapat dipadamkan dengan APAR/ kondisi siaga meningkat menjadi siaga II, segera mengaktifkan KODE MERAH Rumah Sakit dengan cara mengunakan telpon (Tekan 100 umumkan "KODE MERAH.. 3X, SEBUTKAN LOKASI....(ulangi 2x) suara pengumuman.
4. Mengendalikan semua pihak untuk tidak panik.
5. Mengaktifasi Regu Keselamatan masing-masing Satuan Kerja di unit kerjanya.
6. Mengkoordinir pemadaman api yang belum membesar dengan alat pemadam yang ada di unit kerjanya.

7. Berwenang memerintahkan semua personil yang ada untuk melakukan tindakan pemadaman, penyelamatan, pengamanan dan evakuasi.

Regu Keselamatan

Regu Keselamatan yang telah dibentuk akan sangat membantu dalam antisipasi dan penanggulangan bencana di masing-masing Satuan kerja di Substansi Sumber Daya Manusia. Mereka bertanggung jawab terhadap kejadian bencana di masing-masing lokasi sesuai satuan kerjanya, melakukan monitoring sarana prasarana proteksi bencana (kebakaran dan bencana lainnya), mengkoordinir semua kegiatan pencegahan terhadap bahaya kebakaran, pemadaman api, evakuasi jiwa dan barang, keselamatan jiwa serta bencana lainnya serta antisipasi penyelamatan jiwa jika terjadi kebakarn dan bencana lainnya, melaporkan kejadian bencana sesuai dengan prosedur tetap yang berlaku, melaporkan kegiatan penanggulangan bencana yang terjadi ke Tim K3 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Personil Regu Respon Keadaan Darurat

Personil regu respon keadaan darurat terbagi dalam 3 (tiga) kategori, yaitu:

1. **Petugas Utama,** yaitu petugas-petugas yang wajib/ diharuskan hadir di tempat kejadian tersebut jika mendengar tanda bahaya/ pemberitahuan keadaan darurat (pada jam kerja) yaitu Ka. Instalasi yang bersangkutan, Koordinator Keadaan Darurat Gedung, Regu Keselamatan, Security/ Regu Pemadam/ Regu Evakuasi, Tim medis, Tim teknik. Tim Pembersih.
2. **Petugas Bantuan**, yaitu petugas-petugas yang wajib/ diharuskan hadir ke posko masing-masing bila mendengar tanda bahaya, yaitu Ka. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS, Ka. Sub Komite Keselamatan Kerja, Koordinator Teknik, Koordinator Logistik, Koordinator Medis, Regu Komunikasi, Farmasi, Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan, Tim Parkir.
3. **Petugas Penunjang**, yaitu petugas-petugas yang wajib/ diharuskan hadir di tempat kerja masing-masing (wajib *stand by* di tempat kerja), yaitu Bedah, Anestesi, Anak, Kandungan & kebidanan, Radiologi, Laboratorium, Forensik, IKF-PJ.

Penetapan Sistem Alarm dengan kode warna ganti kita

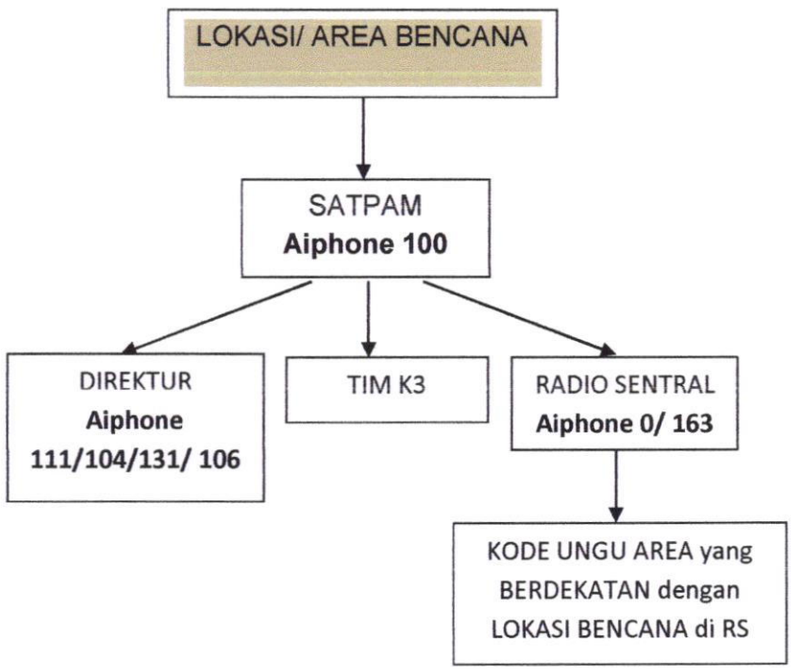
Aktifasi sistem alarm dengan menggunakan kode warna yang diketahui seluruh petugas Rumah Sakit, perlu ditetapkan oleh manajemen.

1. Kode MERAH : Api/ Asap/ kebakaran
2. Kode UNGU : evakuasi
3. Kode PINK : Penculikan Bayi
4. Kode HIJAU : Gempa Bumi
5. Kode Hitam : Ancaman Bom
6. Kode Biru : Kegawatdaruratan Medik
7. Kode Abu-abu : Gangguan Keamanan

Penanganan Korban Masal

1. *Rescue* (Penyelamatan Segera).
2. *Triage* (seleksi berdasar kegawatan untuk prioritas pertolongan)
3. *Life Support* (bantuan hidup dasar dan lanjut bila diperlukan)
4. *Evacuation* (transportasi ke tempat yang diperlukan dengan cepat dan aman).

ALUR EVAKUASI



Pengamanan kebakaran

Properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap. Berikut adalah informasi terkait dengan penanggulangan kebakaran di lingkungan kerja Substansi Sumber Daya Manusia.

1. Bangunan :

   Perkantoran Substansi Sumber Daya Manusia berada di area perkantoran Direksi.
2. Penanggung Jawab Keselamatan dari kantor Sumber Daya Manusia adalah Koordinator Sumber Daya Manusia. Perlengkapan Keamanan dan Keselamatan:
   a. Kamar mandi yang berada diujung utara
   b. Tabung apar yang berada didekat pintu keluar
   c. Detektor kebakaran berada di setiap ruangan
   d. Alarm kebakaran yang secara otomatis akan berbunyi jika terjadi kebakaran
3. Identifikasi kemungkinan bencana gedung Ini :
   a. Kebakaran
   b. Gempa Bumi
4. Hal yang perlu diperhatikan saat terjadi kebakaran :
   a. Jangan panik
   b. Padamkan api saat masih kecil dengan menggunakan apar

c. Ikuti petunjuk dari petugas
d. Dilarang menggunakan lift saat bencana (Lift Akan Mati Secara Otomatis)
e. Gunakan tangga darurat
f. Dahulukan : Pasien, Lansia, Anak-Anak, Wanita
g. Menuju ke tempat berhimpun (parkir depan direksi, jalan sebelah timur RS)
h. Petugas K3 akan mendata pengunjung gedung

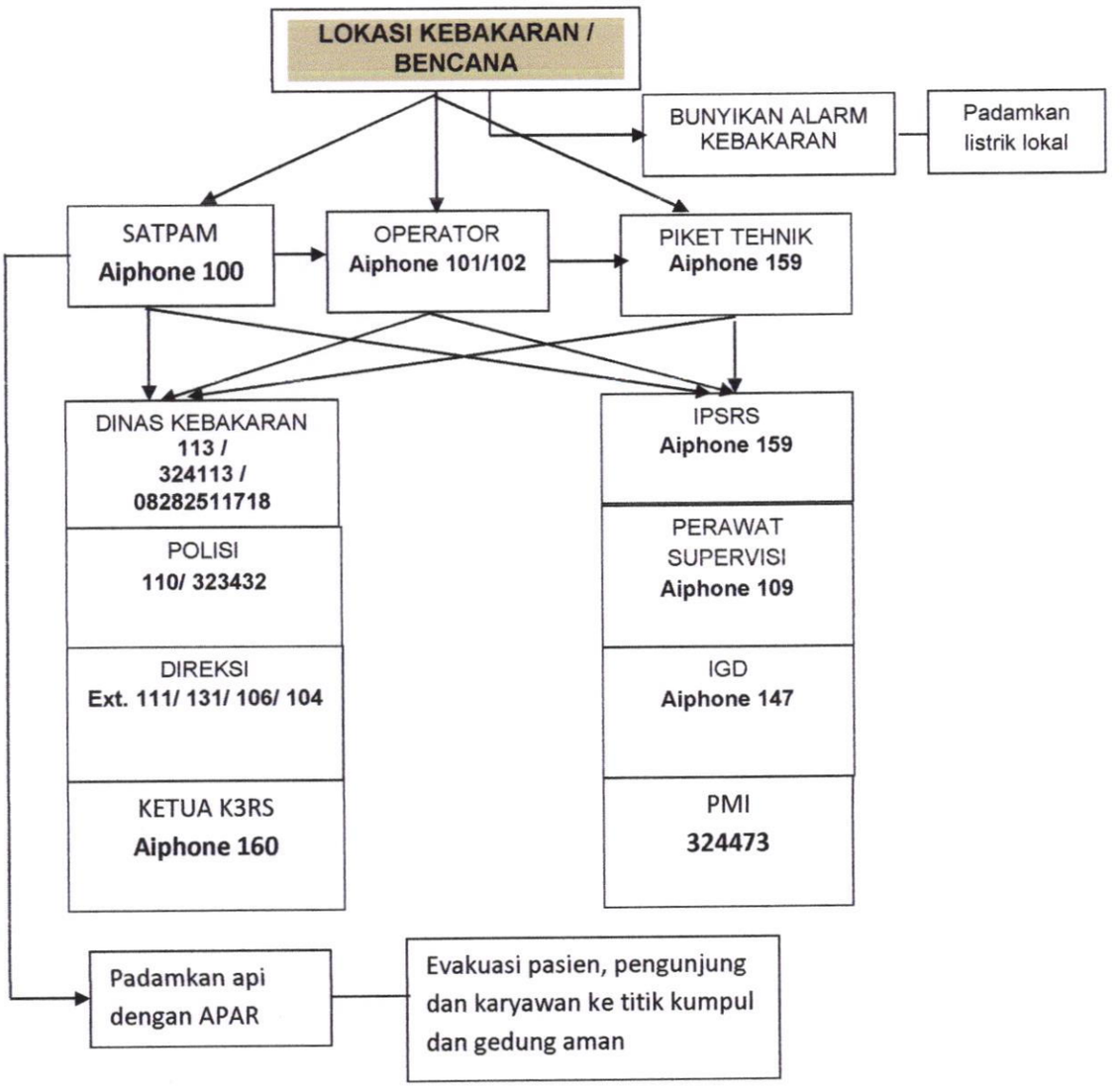
Cara menggunakan APAR yaitu dengan mengenal PASS

1. *Pull*→ tarik pin yang ada di APAR
2. *Aim*→ arahkan selang ke titik nyala api/ sumber api
3. *Squeeze the handle*→ tekan tuas
4. *Sweep*→ semprotkan/ kibaskan selang ke sumber api sampai mati

Salah satu upaya untuk mencegah kebakaran dan mengutamakan kesehatan maka Substansi Sumber Daya Manusia mencoba mengimplementasikan Kebijakan sebagai berikut :

1. Dilarang merokok di lingkungan RS (UU No. 36 Th 2009)
2. Dilarang membuang sampah sembarangan

ALUR JIKA TERJADI BENCANA KEBAKARAN



TUGAS RUANGAN/ UNIT KERJA BILA KEBAKARAN :

1. Memerintahkan untuk membunyikan tanda bahaya kebakaran;
2. Memimpin dan mengendalikan penanggulangan kebakaran yang terjadi diluar jam kerja;
3. Segera melaporkan kejadian kebakaran tersebut kepada Dinas Kebakaran, Kepolisian dan Pemda;
4. Memberitahukan kejadian kebakaran kepada unit kerja yang lain (IPSRS dan SATPAM);
5. Menentukan tempat untuk evakuasi pasien, dokumen dan peralatan;
6. Segera memadamkan api dikala masih kecil;
7. Petugas Unit Kerja Disekitar Lokasi Kebakaran bertugas;
8. Personil : perawat, petugas administrasi dan petugas lain;
9. Mengevakuasi pasien, dokumen dan peralatan RS yang dipandang perlu;
10. Menyingkirkan barang-barang yang mudah terbakar;
11. Membantu mengatasi kebakaran.



Tempat/ daerah beresiko tinggi di RSST

1. Instalasi Radiologi
2. Instalasi Patologi (Klinik dan Anatomi)
3. Instalasi Farmasi (Ruang Penyimpanan Gas Medis)
4. Instalasi Farmasi (Ruang Penyimpanan Bahan Berbahaya Beracun – B3)
5. Instalasi Farmasi (Ruang Cytotoksik)
6. Instalasi Bedah Sentral
7. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
8. Instalasi Gizi
9. IPSRS (Ruang Generator Set, sentral gas)
10. IPSRS (Ruang panel listrik, gardu trafo listrik)

11. IPSRS (work shop)
12. IRNA
13. Unit Tranfusi Darah
14. Ruang HD (Ruang Hemodialisa)
15. IGD (Ruang Radiologi IGD)
16. IRI/ ICU
17. IFPJ
18. TPS (Tempat Pembuangan Sampah Sementara)
19. Sanitasi (Limbah IPAL – Bioreaktor)
20. Subsubstansi Umum (Gudang Gas Elpiji)
21. Bangsal perawatan

Pelaporan segera oleh orang pertama yang melihat tanda potensi bahaya kebakaran (Asap, Panas, Percikan Api, Bunyi/ tanda Alarm) kepada :

1. Ka. Satuan Kerja tempat kejadian (di dalam jam kerja).
2. Ka. Tim K3

BAB X
SISTEM PENGENDALIAN INTERNAL PEMERINTAHAN (SPIP)
ANTI FRAUD, ANTI GRATIFIKASI

SPI adalah proses yang integral pada tindakan dan kegiatan yang dilakukan secara terus-menerus oleh pimpinan dan seluruh pegawai untuk memberikan keyakinan memadai atas tercapainya tujuan organisasi melalui kegiatan yang efektif dan efisien, keandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset negara, dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan (PP 60/2008, Bab I Ps. 1 butir 1).

SPIP adalah sistem pengendalian intern (SPI) yang diselenggarakan secara menyeluruh di lingkungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah (PP 60/2008, Bab I Ps. 1 butir 2).

Sistem Pengendalian Internal

1. Lingkungan Pengendalian
2. Penilaian Risiko
3. Kegiatan Pengendalian
4. Informasi dan Komunikasi
5. Pemantauan (Monitoring)

GRATIFIKASI

DASAR HUKUM :

UU no. 31/1999 Jo UU no. 20/2001

Gratifikasi adalah pemberian dalam arti luas, yakni meliputi : pemberian uang, barang, rabat (discount), komisi, pinjaman tanpa bunga, tiket perjalanan, fasilitas penginapan, perjalanan wisata, pengobatan cuma-cuma, dan fasilitas lainnya (pasal 12 B UU no. 20 tahun 2001).

Pasal 12 B ayat (1) UU no. 31/1999 Jo UU no. 20/2001 berbunyi :

setiap gratifikasi kepada pegawai negeri atau penyelenggara Negara dianggap pemberian suap, apabila berhubungan dengan jabatannya dan berlawanan dengan kewajiban atau tugasnya.

Pasal 12 C ayat (1) UU no. 31/1999 Jo UU no. 20/2001 berbunyi :

ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 12B ayat (1) tidak berlaku, jika penerima melaporkan gratifikasi yang diterimanya kepada KPK.

PENJELASAN ATURAN HUKUM

Pasal 12 UU No. 20/2001

Didenda dengan pidana penjara seumur hidup atau penjara paling singkat 4 tahun dan paling lama 20 tahun dan pidana denda paling sedikit Rp 200 juta dan paling banyak Rp 1 miliar:

1. Pegawai negeri atau penyelenggara negara yang menerima hadiah atau janji, padahal diketahui atau patut diduga hadiah atau janji tersebut diberikan untuk menggerakkan agar melakukan atau tidak melakukan sesuatu dalam jabatannya, yang bertentangan dengan kewajibannya;

2. pegawai negeri atau penyelenggara negara yang dengan maksud menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, atau dengan menyalahgunakan kekuasaannya memaksa seseorang memberikan sesuatu, membayar, atau menerima bayaran dengan potongan, atau untuk mengerjakan sesuatu bagi dirinya sendiri.

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 238/MENKES/SK/IV/2009 tentang pelaksanaan SPI di lingkungan Departemen Kesehatan.

Makna dari Definisi Sistem Pengendalian Intern :

1. IC akan sangat terkait dengan kualitas dari manajemen yang baik (*the qualities of good management*).
2. IC akan bergantung kepada manusia dan akan berhasil atau gagal tergantung pada perhatian yang diberikan orang-orang dalam organisasi terhadap IC itu sendiri.
3. IC akan efektif bila seluruh orang-orang dan lingkungan sekitarnya bekerja bersama-sama.
4. IC membantu organisasi mencapai tujuan dan misinya.

A. UNSUR SISTEM PENGENDALIAN INTERN DALAM PERATURAN PEMERINTAH :

1. Lingkungan pengendalian

Kondisi dalam instansi pemerintah yang mempengaruhi efektivitas pengendalian intern. Pimpinan instansi pemerintah wajib menciptakan dan memelihara lingkungan pengendalian yang menimbulkan perilaku positif dan kondusif untuk penerapan sistem pengendalian intern dalam lingkungan kerjanya.Lingkungan pengendalian merupakan fondasi bagi efektifitas penerapan komponen SPIP lainnya.

2. Penilaian risiko

Kegiatan penilaian atas kemungkinan kejadian yang mengancam pencapaian tujuan dan sasaran Instansi Pemerintah. Penilaian risiko terdiri dari identifikasi risiko dan analisis risiko.

Dalam penilaian risiko, pimpinan Instansi Pemerintah terlebih dahulu menetapkan tujuan instansi pemerintah dan tujuan pada tingkat kegiatan dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan.

a. Identifikasi Risiko

1) Menggunakan berbagai metodologi yang sesuai untuk tujuan IP dan tujuan pada tingkat kegiatan secara komprehensif
2) Menggunakan mekanisme yang memadai untuk mengenali risiko dari faktor eksternal dan faktor internal
3) Menilai faktor lain yang dapat meningkatkan risiko yang dihadapi instansi pemerintah

b. Analisis Risiko

1) Analisis risiko dilaksanakan untuk menentukan dampak risiko yang telah diidentifikasi terhadap pencapaian tujuan
2) Pimpinan IP menerapkan prinsip kehati-hatian dalam menentukan tingkat risiko yang dapat diterima.

3. **Kegiatan pengendalian**

Tindakan yang diperlukan untuk mengatasi risiko serta penetapan dan pelaksanaan kebijakan dan prosedur untuk memastikan bahwa tindakan mengatasi risiko telah dilaksanakan secara efektif.

Kegiatan pengendalian ditetapkan untuk membantu memastikan bahwa arahan pimpinan IP dilaksanakan dan membantu memastikan tindakan yang perlu, telah dilakukan untuk meminimalkan risiko dalam mencapai tujuan.

4. **Informasi dan komunikasi**

Informasi adalah data yang telah diolah yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dalam rangka penyelenggaraan tugas dan fungsi Instansi Pemerintah. Sedangkan komunikasi adalah proses penyampaian pesan atau informasi dengan menggunakan simbol atau lambang tertentu baik secara langsung maupun tidak langsung untuk mendapatkan umpan balik.

5. **Pemantauan Pengendalian Intern**

Proses penilaian atas mutu kinerja sistem pengendalian intern dan proses yang memberikan keyakinan bahwa temuan audit dan evaluasi lainnya segera ditindaklanjuti. Pemantauan pengendalian intern dilaksanakan melalui pemantauan berkelanjutan, evaluasi terpisah, dan tindak lanjut rekomendasi hasil audit dan review lainnya.

TAHAPAN PENGEMBANGAN SPIP :

NO	FASE	KEBUTUHAN	KEGIATAN	PRODUK	TIME FRAME
1	*Knowing*	• Pemahaman • Penyamaan persepsi	Penelitian, Kajian, Benchmarking, Sosialisasi, ***Diklat***	Laporan pelaksanaan	Waktu yang dibutuhkan tergantung pada besarnya dukungan pimpinan dan organisasi tersebut.
2	*Mapping*	Kondisi, Tujuan, Gap	*Diagnostic assessment*	Peta Penerapan SPIP	
3	*Norming*	Membangun fondasi / infrastruktur sistem	• Kebijakan s.d. SOP: Draft Pedoman Umum dan Draft Pedoman Teknis (*Limited Hearing, Public Hearing, Pilotting*) • Pembuatan Modul Diklat • Pengembangan Kompetensi: Diklat	• Pedoman Umum • Pedoman Teknis • Modul Diklat • Aturan-aturan intern • Lap pelaks. • ***Satgas-satgas*** dan produknya	

NO	FASE	KEBUTUHAN	KEGIATAN	PRODUK	TIME FRAME
4	*Forming*	Membangun unsur-unsur SPIP	• Implementasi • Internalisasi	Laporan tahapan pengembangan SPIP	
5	*Performing*	Pemanfaatan SPIP (memetik kegunaan)	• Monitoring • Evaluasi	Laporan Hasil Evaluasi	

Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Menteri kesehatan wajib menerapkan tata kelola Rumah sakit BLU yang sehat (*good corporate governance*) antara lain mencakup kaji-ulang atas resiko yang dilakukan oleh manajemen puncak dan pengungkapan (*disclosure*) secara terbuka (transparan) resiko yang dihadapi Rumah sakit, dan wajib menerapkan pengendalian intern (*internal control*) antara lain mencakup analisis resiko dan pengendalian resiko.

Pengelolaan resiko secara sistematis dan terstruktur dengan menerapkan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Melakukan identifikasi resiko;
2. Melakukan asesmen resiko;
3. Memberi tanggapan dan perlakuan terhadap resiko (termasuk di dalamnya mengendalikan resiko);
4. Melakukan kaji-ulang resiko;
5. Mengungkapkan resiko secara terbuka.

Pelaksanaan pengendalian resiko baik oleh SPI dan unit kerja (substansi SDM) agar tercapai apa yeng menjadi tujuan, visi, dan misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

B. TUJUAN

1. Tujuan dari Kebijakan dan Manual Manajemen Resiko ini adalah mengarahkan dan memperlancar penerapan manajemen resiko di RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten
2. Manfaat manajemen resiko adalah meningkatkan jaminan pencapaian tujuan, strategi, sasaran dan hasil kegiatan.

C. DEFINISI :

1. Resiko (*risk*) adalah kemungkinan terjadinya peristiwa yang membawa akibat yang tidak dikehendaki atas hal yang ingin dicapai Rumah Sakit yang telah dirumuskan di dalam tujuan, strategi, sasaran yang termuat dalam Rencana Jangka Menengah dan Rencana Kerja Anggaran (Tahunan).
2. Tingkat Resiko (*risk level*) adalah tinggi atau rendahnya resiko yang diukur berdasarkan 2 (dua) hal berikut:
   a. Seberapa besar akibat negatif yang ditimbulkan bila suatu resiko terjadi

b. Seberapa besar kemungkinan terjadinya suatu resiko

3. Toleransi resiko (*risk tolerance*) adalah batas tingkat resiko yang berdasarkan kebijakan Rumah Sakit dibolehkan untuk diterima sebagaimana adanya (tidak harus diturunkan menjadi lebih rendah lagi).
4. Identifikasi resiko (*risk identification*) adalah proses mengenali peristiwa yang
5. mungkin terjadi dan dapat berakibat negatif.
6. Asesmen risiko (*risk assessment*) adalah proses menentukan tingkat resiko dan
7. menentukan prioritas risiko.
8. Manajemen resiko (risk *management*) adalah proses manajemen, pengorganisasian dan kultur di Rumah Sakit yang diarahkan terhadap identifikasi risiko, asesmen risiko dan pemberian tanggapan serta perlakuan atas resiko.
9. Tanggapan atas resiko (*risk response*) adalah keputusan setelah berlangsungnya analisis resiko untuk menerima suatu resiko (sehingga terhadap resiko tidak dilakukan perlakuan untuk menurunkan tingkatnya) atau untuk tidak menerima resiko (sehingga terhadap resiko harus dilakukan perlakuan untuk menurunkan tingkatannya).
10. Perlakuan atas resiko (*risk treatment*) adalah tindakan setelah adanya tanggapan atas resiko yang dimaksudkan untuk menurunkan tingkat resiko dengan mengurangi kemungkinan terjadinya resiko, mengurangi akibat negatif yang timbul bila resiko terjadi, memindahkan (mentransfer) resiko kepada pihak lain atau menghindari risiko (dengan menghindari tujuan, strategi, sasaran atau rencana hasil kegiatan yang terkait).
11. Sisa resiko (*residual risk*) adalah tingkat resiko setelah tindakan perlakuan atas resiko.
12. Proses inti (*core process*) adalah proses analisis risiko dan pemberian tanggapan dan perlakuan atas risiko.

D. PENGORGANISASIAN

Sub Tim Manajemen Risiko merupakan bagian dari Komite Mutu, Manajemen Risiko dan Pengembangan Rumah Sakit dengan tiga personil yang terdiri dari Ketua dan dua orang anggota.

Melaksanakan pekerjaan yang berhubungan dengan menajemen risiko yaitu :

1. Mengadakan rapat intern di Sub Tim Manajemen Risiko setiap hari Jumat dan mengikuti rapat koordinasi Komite Mutu, Manajemen Risiko dan Pengembangan Rumah Sakit setiap hari Rabu;
2. Menyusun pedoman (Manual);
3. Menyusun Protap Sub Komite manajemen risiko;
4. Koordinasi dengan Satuan Kerja *Partner* (PPI, *Patient Safety*, K3, Auditor Internal);
5. Mengadakan Sosialisasi kepada Seluruh Kepala Satuan Kerja;
6. Menyusun Register Risiko;
7. Melakukan Assesmen Risiko;

8. Membuat laporan dan rekomendasi setiap kegiatan kepada Ketua Komite Mutu, Manajemen Risiko dan Pengembangan Rumah Sakit.

ANTI FRAUD

Fraud adalah penyalahgunaan kewenangan dengan sengaja untuk mendapatkan keuntungan dan merugikan pihak lainnya.

Konsekuensi kita apabila tidak waspada adalah berurusan dengan penegak hukum, karena bisa berkaitan dengan perkara perdata dan pidana. Potensi *fraud* yang sudah terinvestigasi dan terselesaikan sekitar 20%, sementara yang baru teridentifikasi *fraud* sekitar 40%, dan tidak terdeteksi sekitar 40%. Anti *fraud* dilakukan karena dengan kapitasi 40 triliun rupiah, potensi kerugian akibat *fraud* antara 2-4 triliun rupiah. Tempat berpotensi terjadinya *fraud* adalah di masyarakat, fasilitas kesehatan dan di BPJS-Kesehatan.

Pendorong terjadinya *fraud*:

1. Polisi : *Criminal = Intention + Opportunity*
2. Filosofi jawa : harta, tahta, wanita
3. *Fraud Triangle : Pressure, Opportunity, Rationalization*
4. *Fraud Diamond : Ability, Pressure, Opportunity, Rationalization*

Yang berperan di Rumah Sakit dalam pengendalian *fraud* adalah Dewan Pengawas, Direktur, Tim Anti *fraud*, SPI, Komite Medik, Dokter, Koder, Perawat, Administrasi, Keuangan.

Kegiatan anti *fraud* di RSST :

1. Program *zero fraud*
2. Penyelesaian terlokalisir di rumah sakit
3. Kerjasama dengan BPJS-kesehatan dalam deteksi dini kegiatan *fraud*
4. Deteksi dini kegiatan *fraud* di IGD, Rawat Jalan, dan Rawat Inap

BAB XI
LOGISTIK

A. PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan dalam menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk kesehatan masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Sektor layanan kesehatan merupakan sektor yang sangat penting bagi setiap negara termasuk Indonesia. Diantara berbagai jasa layanan kesehatan, rumah sakit memegang peranan penting karena menyediakan layanan kesehatan yang terpadu bagi pasien. Salah satu proses yang memegang peran penting dalam mendukung penyediaan jasa pelayanan kesehatan yang berkualitas dan responsif adalah proses logistik.

Secara umum, proses logistik terkait dengan pengelolaan dan pemenuhan material, pasokan dan manajemen instrumen serta pengadaan berbagai item di rumah sakit (Tung dkk, 2008). Pengadaan kebutuhan logistik dilakukan berdasarkan pada data pemakaian rata-rata barang logistik di rumah sakit, Rumah Sakit harus mengambil beberapa keputusan penting terkait manajemen persediaan barang logistik seperti misalnya kapan harus memesan kepada pemasok, kapan harus mengirim ke unit- unit lain dalam rumah sakit, dan sebagainya. Keputusan lain terkait dengan tingkat stok minimal yang seharusnya selalu ada di tempat penyimpanan sehingga ketika persediaan sudah mencapai tingkat stok minimal pihak rumah sakit dapat segera melalukan pemesanan kepada pemasok. Yang terlibat dalam penyediaan logistic adalah farmasi, gizi, dan gudang.

Gudang adalah pihak yang mengelola dan mendistribusikan logistik ke unit - unit dalam rumah sakit. Gudang di RSST terdiri dari Gudang Farmasi, Gudang Gizi, Gudang Perlengkapan dan Gudang ATK. Unit-unit merupakan pihak yang menggunkan pasokan barang logistik untuk pelayanan dan perkantoran. Bidang kegiatan logistik meliputi : Sarana & prasarana fisik, Logistik obat, Logistik alkes, Logistik *food and beverages,* Logistik bahan habis pakai, Logistik barang kuasi, Logistik peralatan medis dan non medis, Logistik linen.

1. Logistik sarana dan prasarana adalah kegiatan logistik yang terkait dengan Sarana dan prasarana gedung rumahsakit. Nilai sarana dan prasarana gedung rumah sakit dapat mencapai sekitar 40% dari nilai aset total rumah sakit.
2. Logistik obat meliputi aktivitas logistik yang terkait dengan obat-obatan yang digunakan dalam proses pelayanan kesehatan di rumah sakit. Obat merupakan salah satu komponen utama pendapatan rumahsakit. Tantangan dalam melaksanakan logistik obat di rumahsakit secara baik tergolong tinggi. Berbagai pihak terlibat dalam logistik obat di rumah sakit.
3. Logistik barang-barang kuasi adalah kegiatan logistik yang terkait dengan kelengkapan administrasi rumah sakit.
4. Logistik bahan habis pakai adalah kegiatan logistik yang terkait dengan bahan -bahan yang dikategorikan sebagai bahan habis pakai.

5. Logistik linen adalah kegiatan logistik yang terkait dengan bahan -bahan kelompok linen.
6. Logistik peralatan medis non medis adalah kegiatan logistik yang terkait dengan peralatan medis dan non medis yang digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan

B. PENGERTIAN

Logistik adalah bagian dari kegiatan pengadaan (*procurement*) yang terkait dengan fungsi Pengendalian Sediaan, Penggudangan, Transportasi, Penjaminan dan Pengendalian Mutu. Manajemen logistik adalah ***P**lanning, **O**rganizing, **A**ctuating,* dan **C***ontrolling* pada fungsi logistik untuk mendukung pencapaian tujuan organisasi.

Istilah logistik bersumber dari Ilmu Kemiliteran yang mengandung 2 aspek :

1. Perangkat lunak yaitu merupakan kegiatan: perencanaan, pelaksanaan dalam cakupan produksi, pengadaan, penyimpanan, distribusi, evaluasi
2. Perangkat keras terdiri dari 3 hal : Personil, Persediaan (*suplies*), Peralatan (*equipment*)

Persediaan RS dibagi dalam 3 kelompok dasar Lumenta, Nico (1990): Persediaan barang Farmasi, Persediaan manakan (Gizi), Persediaan barang logistik umum.

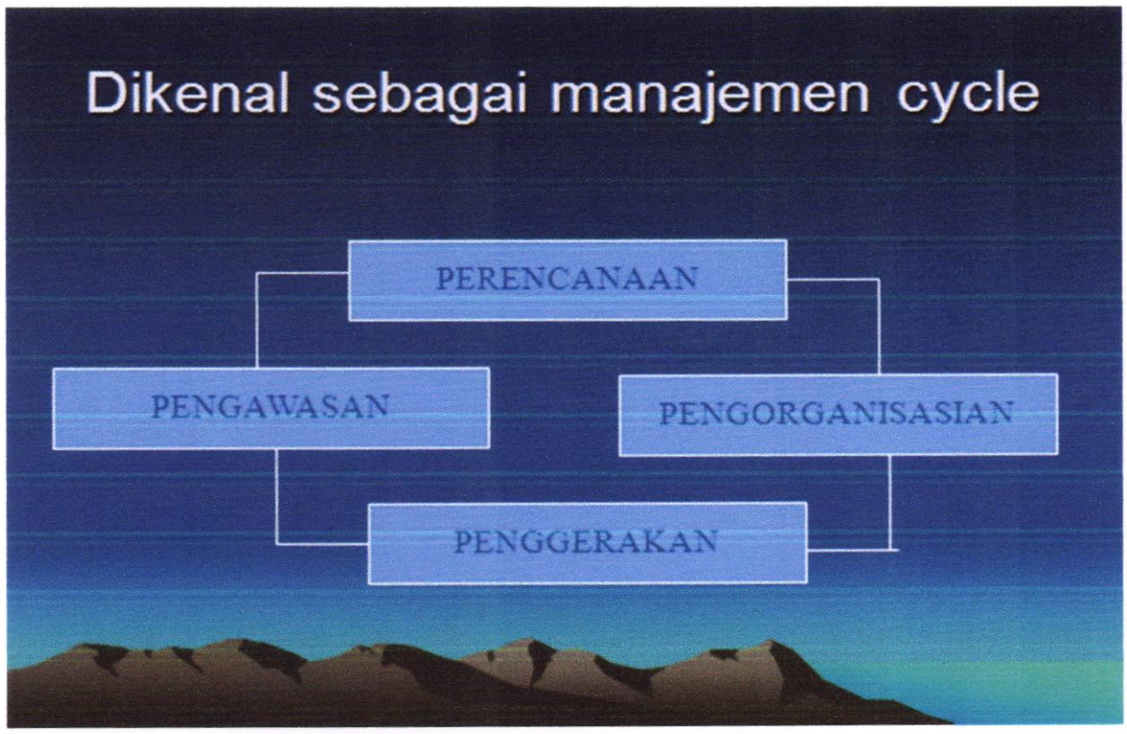
C. TUJUAN MANAJEMEN LOGISTIK

Ada 3 Tujuan pokok :

1. Tujuan operasional : yaitu tersedianya barang/ material dalam jumlah yang tepat dan kualitas yang baik pada waktu yang dibutuhkan.
2. Tujuan keuangan : yaitu agar tujuan operasional tersebut di atas tercapai. Maksudnya dengan biaya yang rendah.
3. Tujuan Keutuhan : yaitu agar persediaan tidak terganggu oleh gangguan yang menyebabkan hilang/ kurang , rusak, pemborosan, penggunaan tanpa hak sehingga dapat mempengaruhi pembukuan atau sistem akuntansi.

D. FUNGSI LOGISTIK

Fungsi logistik merupakan tanggung jawab manajerial mendisain dan mengurus sesuatu sistem untuk mengawasi arus dan penyimpnan strategis bagi : material, suku cadang dan barang jadi. Agar diperoleh manfaat maksimum bagi perusahaan. Fungsi logistik merupakan tanggung jawab manajerial mendisain dan mengurus sesuatu sistem untuk mengawasi arus dan penyimpnan strategis bagi : material, suku cadang dan barang jadi, agar diperoleh manfaat maksimum bagi rumah sakit. Manajemen logistik tidak terlepas pada kaidah manajemen umum : Perencanaan, pongorganisasian, penggerakan dan pengawasan.



Fungsi tersebut dapat dijabarkan

1. Program dan penentu kebutuhan 2. Penganggaran 3. Penyimpanan & penyaluran	Fungsi Perencanaan
4. Pengadaan	Fungsi Penggerak
5. Pemeliharaan 6. Penghapusan 7. Pengendalian	Fungsi Pengawasan

Fungsi pengorganisasi terkait: Pembagian tugas/ pekerjaan, Tanggung jawab, Pelaksanaan fungsi- fungsi .

Fungsi Logistik ada beberapa hal antara lain : Pengendalian sediaan, Penggudangan, Transportasi, Penjaminan mutu, Pengendalian mutu.

1. Pengendalian sediaan adalah kegiatan untuk menganalisis, menentukan jumlah, dan waktu pengisian sediaan yang paling memadai bagi suatu proses produksi atau proses pelayanan.
2. Penggudangan adalah kegiatan menganalisis lokasi dan menentukan kapasitas gudang, serta menentukan kapasitas gudang, serta membangun sistem penyimpanan, membangun sistem penyimpanan, *material handlingmaterial handling*, dan pendistribusian , dan pendistribusian barang yang paling efektif dan efisien.barang yang paling efektif dan efisien.
3. Transportasi adalah kegiatan memindahkan barang dari *suppliersupplier* ke gudang dan dari gudang ke gudang dan dari gudang ke konsumen.ke konsumen.

4. Penjamin mutu adalah kegiatan untuk memastikan bahwa barang yang diterima dari pemasok dan barang dari pemasok yang dikirim ke konsumen telah memenuhi standar mutu dan syarat standar mutu dan syarat - syarat lain yang telah disepakati.

E. KELOMPOK PERSEDIAAN RSST

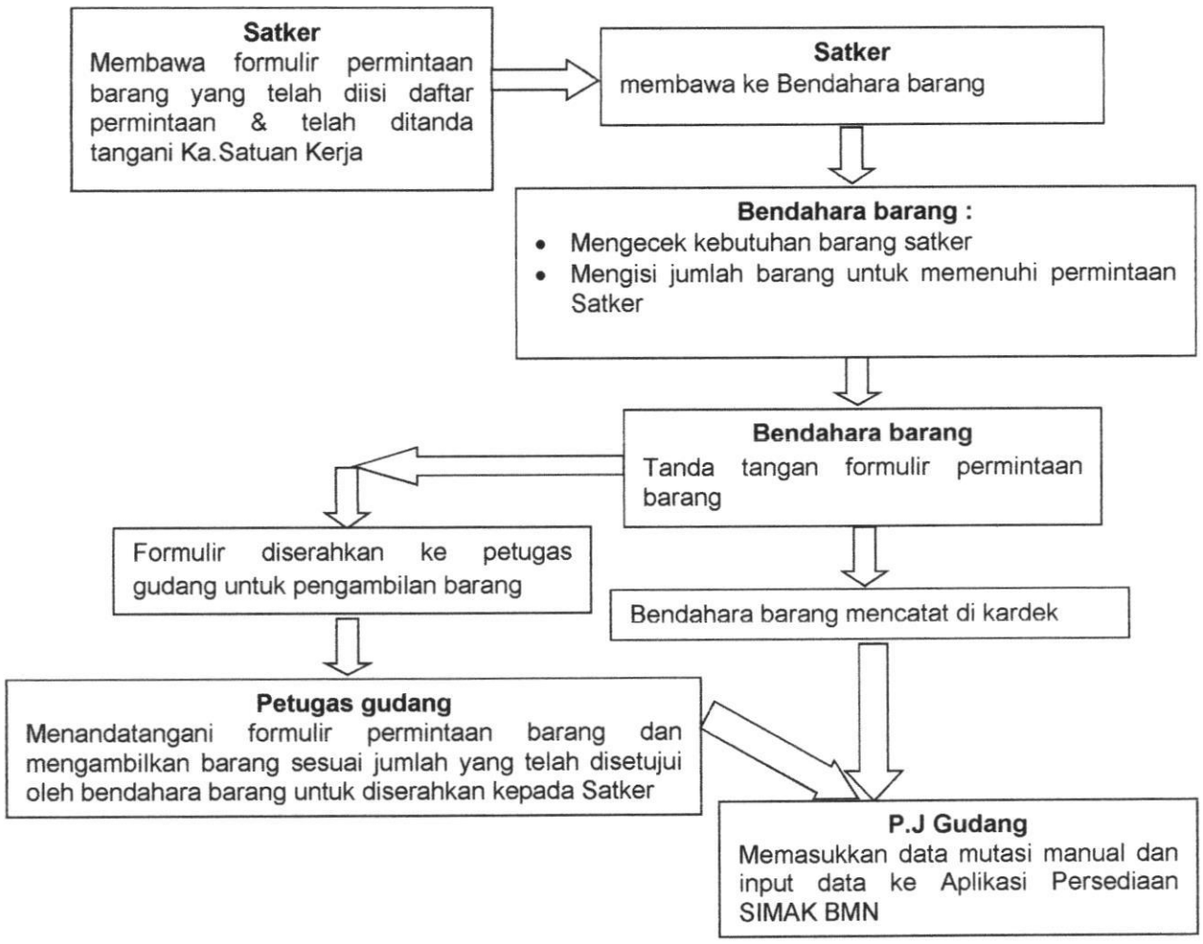
Ada 3 kelompok :

1. Persediaan barang farmasi :
   a. Merupakan persediaan yang biasanya membutuhkan biaya rutin yang besar
   b. Persediaan obat
   c. Persediaan bahan kimia
   d. Persediaan gas medik
   e. Persediaan peralatan kesehatan
2. Persediaan barang makanan
   a. Bahan daging/ ikan
   b. Bahan sayur mayur
   c. Buah- buahan
   d. Bahan bumbu
   e. Bahan kering
3. Persediaan logistik umum
   a. Bahan Tekstil
   b. Bahan Teknik
   c. Bahan Rumah Tangga
   d. Bahan ATK, Cetakan
   e. Bahan Inventaris

F. PROSES LOGISTIK

Proses logistik di gudang, yang meliputi pemesanan kepada pemasok, menyimpan stok yang datang dari pemasok di gudang, dan mendistribusikan ke unit-unit sesuai kebutuhan. Gudang secara periodik setiap satu sampai dua minggu sekali melakukan pendistribusian barang logistik untuk kepada unit pelayanan dan perkantoran, kemudian didistribusikan ke unit-unit untuk memenuhi kebutuhan unit.

Alur Pengebonan Barang di Gudang



G. SYARAT LOGISTIK YANG EFISIEN dan EFEKTIF

1. Sistem Administrasi yang memadai
2. SDM yang berpengalaman
3. Dukungan pendanaan yang memadai
4. Sistem Akuntansi yang baik
5. Sistem Imbalan yang memadai
6. Pemanfaatan Teknologi

Penjelasan :

1. Sistem Administrasi yang memadai adalah administasi kegiatan logistik akan mampu menjamin bahwa kegiatan logistik akan terdokumentasi secara baik. Dukungan komputer akan sangat penting dalam menjalankan kegiatan administrasi logistik. Kegiatan administrasi logistik dalam rumah sakit cukup kompleks. Hal ini dikarenakan cukup banyaknya jenis –jenis pelayanan kesehatan yang ada di rumahsakit.
2. SDM yang berpengalaman adalah merupakan salah satu kunci utama keberhasilan kegiatan logistik di rumah sakit. Diperlukan SDM yang benar -benar memahami kegiatan logistik. Kalau diperlukan, rumah sakit seharusnya memiliki minimal satu SDM dengan memiliki sertifikasi manajemen logistik.

3. Dukungan pendanaan yang memadai adalah kegiatan logistik tidak bebas biaya, justru sebaliknya, kegiatan logistik membutuhkan dukungan dana cukup besar agar dapat dijalankan secara efektif dan efisien. Namun, karena kegiatan logistik ini dipandang bukan merupakan kegiatan inti dalam proses pelayanan kesehatan di rumahsakit, maka alokasi dana untuk kegiatan logistik relatif kecil.
4. Sistem Akuntansi yang baik akan mampu memberikan informasi tentang aspek pelaporan keuangan dari kegiatan logistik dalam pelayanan kesehatan yang telah dilakukan. Sistem akuntansi yang terkomputerisasi menjadi suatu pilihan baik.

H. FORMULIR PENGEBONAN BARANG DIGUDANG

FORULIR PERMINTAAN BARANG

(Rumah Tangga / Alat Tulis Kantor)

BAGIAN / SATUAN KERJA : .....

No	Kode Barang	Nama Barang	Kebutuhan/ Minggu	Jumlah Permintaan		Sisa Barang Di ruangan	Jumlah		Ket
				Minggu Lalu	Dipenuhi		Permintaan	Dipenuhi	

Klaten, ... 2022

Bendahara Barang	Koordinator Gudang	Ka. Ruang/ Satuan Kerja .....
.....	.....	.....
NIP.....	NIP	NIP .....

BAB XII
PELAYANAN DENGAN HATI

Budaya pelayanan 6S di RSST terdiri dari "senyum, sapa, sentuh, sopan, santun, dan sabar". Keenam sikap pelayanan tersebut di dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005) diartikan sebagai berikut :

1. Senyum

   Senyum adalah gerak tawa ekspresif yang tidak bersuara untuk menunjukkan rasa senang, gembira, suka, dan sebagainya dengan mengembangkan sedikit bibir.Dalam aplikasinya dirumah sakit senyum diterapkan petugas dalam melayani pasien mulai kontak pertama sudah menunjukkan kesiapan dan kasediaan untuk melayana dengan tulus.

2. Sapa

   Sapa adalah perkataan untuk menegur. Perkataan ini meliputi menyapa, mengucap salam, mengucap terima kasih, dan lain-lain. Memperlakukan pasien bagai seorang sahabat dan mengajak wawancara dengan tanpa beban sehingga pasien bisa menyampaikan keluhan yang diderita dengan leluasa sedangkan petugas mendapatkan informasi dan data dari pasien lebih obyektif.

3. Sentuh

   Sentuh adalah bentuk komunikasi personal mengingat sentuhan bersifat spontan dari pada komunikasi verbal. Beberapa pesan seperti perhatian yang sungguh-sungguh, dukungan emosional, kasih sayang, atau simpati dapat dilakukan melalui sentuhan.

4. Sopan

   Sopan adalah sikap yang beradab, berkelakuan baik, memiliki tata krama, berbudi halus, penuh hormat dalam memberikan pelayanan. Pasien mempunyai hak- hak yang harus dihormati dan dihargai. perilaku pasien yang unik tidak menyurutkan semangat petugas dalam melayani.

5. Santun

   Santun merupakan sikap petugas yang elegan terukur dalam kata-kata atau tindakan, kesediaan untuk membantu, menyenangkan orang lain, dalam menangani keluhan pasien. Kalimat bicara teratur dan tidak menyakiti bahkan sebagi obat bagi pasien. Perilaku dan penampilan petugas bersahaja tapi berwibawa.

6. Sabar

   Sabar yaitu tahan menderita sesuatu, tidak lekas marah, tidak lekas patah hati, tidak lekas putus asa, dan sebagainya. Tenang, tidak tergesa-gesa, tidak terburu nafsu, moderat, tidak keras, penurut. Petugas tetap melaksanakan hal-hal yang baik/kewajibannya meskipun menemui halangan, rintangan, yang berpotensi, mempengaruhi, melemahkan/ mematahkan semangat.

Sebagai aparatur negara di bidang kesehatan, maka karyawan RSST harus dapat memberikan pelayanan, mengayomi dan memberdayakan masyarakat dengan mengedepankan etika profesi dalam menjalankan pelayanan publik. Pelayanan publik merupakan produk

birokrasi publik yang diterima oleh warga pengguna maupun masyarakat luas, Karena itu, pelayanan publik dapat didefinisikan sebagai serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan warga pengguna. Ada 3 (tiga) watak kerja yang merupakan persyaratan dari setiap pemberian jasa profesi di RSST yaitu : seorang profesional selalu beretikad untuk merealisasi kebajikan demi tegaknya kehormatan profesi yang digeluti; bahwa kerja profesional harus dilandasi oleh kemahiran teknis yang berkualitas tinggi; bahwa kerja profesional diukur dengan kualitas teknis dan kualitas moral.

Etika ialah norma-norma yang disepakati bersama yang berlaku dalam sekelompok masyarakat tentang apa yang disebut baik dan apa yang disebut tidak baik. Sedangkan profesi adalah pekerjaan tetap berupa pelayanan (*service occupation*); pelaksanaannya dijalankan dengan menerapkan pengetahuan ilmiah dalam bidang tertentu; dihayati sebagai panggilan hidup serta terikat pada etika umum dan etika khusus (etika profesi). Kode etik profesi yang harus diyakini oleh setiap karyawan RS adalah seperangkat kaedah perilaku yang disusun secara tertulis & sistematis sebagai pedoman yang harus dipatuhi dalam mengembangkan suatu profesi. Perangkat tersebut bertujuan:

1. Memberikan penjelasan standar etika;
2. Memberikan batasan;
3. Memberikan batasan kebolehan dan atau larangan;
4. Memberikan himbauan moralitas;
5. Sarana kontrol sosial. Ciri-ciri etika profesi meliputi : berlaku untuk lingkungan, profesi, disusun oleh organisasi profesi bersangkutan, mengandung kewajiban dan larangan, serta menggugah sikap manusiawi.

Prinsip-prinsip etika profesi bagi jajaran kesehatan meliputi :

1. Prinsip *Autonomy*, yakni prinsip moral yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonomi pasien. Selanjutnya di klinik dibuat *informed consent* dalam setiap tenaga kesehatan akan melakukan tindakan (pasien berpendidikan, dewasa, matang dsb).
2. Prinsip *Beneficence*, yakni prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan kepada kebaikan pasien. Disini ditekankan tindakan atau perbuatan yang mempunyai sisi baik atau bermanfaat lebih besar dibanding dengan sisi buruk atau mudharat (Secara umum tindakan dokter dapat dilakukan dan berlaku pada semua pasien normal).
3. Prinsip *Non-maleficence*, yani prinsip moral yang melarang tindakan yg memperburuk keadaan pasien (Pasien dalam keadaan gawat, harus diperlukan tindakan medik untuk penyelamatan jiwanya, pasien rentan, dsb).
4. *Prinsip Justice*, yakni prinsip moral yang mementingkan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumberdaya (konteks membahas hak orang lain, selain dari pasiennya itu sendiri).

Seluruh pemahaman tersebut seyogyanya sudah menjadi budaya kerja karyawan RSST dengan mengingat bahwa pelaksanaan etik di lingkungan Kementerian Kesehatan RI dicanangkan semenjak ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 008 tahun 2012 (3 Maret) yang mengamanatkan bahwa pedoman tertulis berisi norma atau etika yg mengatur

perilaku maupun ucapan tentang kewajiban, larangan dan yg tidak patut dilakukan oleh pegawai. Berikut adalah penjelasan beberapa pasal yang selayaknya diemban dalam keseharian seorang aparatur kesehatan bertugas.

Tabel 31. Pasal- pasal Pelaksanaan Etika menurut PMK No 008/2012

Bab	Topik	Uraian
IV **Pasal 6**	**ETIKA DALAM BERNEGARA**	a. melaksanakan sepenuhnya Pancasila & UUD 1945; b. mengangkat harkat dan martabat bangsa dan negara; c. menjadi perekat dan pemersatu bangsa dalam NKRI; d. menaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam melaksanakan tugas; e. akuntabel dalam melaksanakan tugas penyelenggaraan pemerintahan yang bersih dan berwibawa; f. tanggap, terbuka, jujur, dan akurat, serta tepat waktu dalam melaksanakan setiap kebijakan dan program Pemerintah; g. menggunakan atau memanfaatkan semua sumber daya Negara secara efisien dan efektif; h. tidak memberikan kesaksian palsu atau keterangan yang tidak benar.
IV **Pasal 7**	**ETIKA DALAM BERORGANISASI**	a. melaksanakan tugas dan wewenang sesuai ketentuan yang berlaku; b. menjaga informasi yang bersitat rahasia; c. melaksanakan setiap kebijakan yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang; d. membangun etos kerja untnk meningkatkan kinerja organisasi; e. menjalin kerja sama secara kooperatif dengan unit kerja lain yang terkait dalam rangka pencapaian tujuan; f. memiliki kompetensi dalam pelaksanaan tugas; g. patuh & taat terhadap standar operasional & tata kerja; h. mengembangkan pemikiran secara kreatif dan inovatif dalam rangka peningkatan kinerja organisasi; i. berorientasi pada upaya peningkatan kualitas kerja

Bab	Topik	Uraian
IV Pasal 8	**ETIKA DALAM BERMASYARAKAT**	a. melaksanakan tugas dan wewenang sesuai ketentuan yang berlaku; b. menjaga informasi yang bersitat rahasia; c. melaksanakan setiap kebijakan yang ditetapkan oleh pejabat yang berwenang; d. membangun etos kerja untuk meningkatkan kinerja organisasi; e. menjalin kerja sama secara kooperatif dengan unit kerja lain yang terkait dalam rangka pencapaian tujuan; f. memiliki kompetensi dalam pelaksanaan tugas; g. patuh & taat terhadap standar operasional & tata kerja; h. mengembangkan pemikiran secara kreatif dan inovatif dalam rangka peningkatan kinerja organisasi; i. berorientasi pada upaya peningkatan kualitas kerja.
IV Pasal 9	**ETIKA TERHADAP DIRI SENDIRI**	a. jujur dan terbuka serta tidak memberikan informasi yang tidak benar. b. bertindak dengan penuh kesungguhan dan ketulusan; c. menghindari konflik kepentingan pribadi, kelompok, maupun golongan; d. berinisiatif meningkatkan kualitas pengetahuan, kemampuan, keterampilan, dan sikap; e. memiliki daya juang yang tinggi; f. memelihara kesehatan jasmani dan rohani; g. menjaga keutuhan dan keharmonisan keluarga; h. berpenampilan sederhana, rapih, dan sopan
IV Pasal 9	**ETIKA TERHADAP SESAMA PNS**	a. saling menghormati sesama warga negara yang memeluk agama/ kepercayaan yang berlainan; b. memelihara rasa persatuan dan kesatuan; c. saling menghormati antara teman sejawat, baik secara vertikal maupun horizontal dalam suatu unit kerja, instansi, maupun antar instansi; d. menghargai perbedaan pendapat; e. menjunjung tinggi harkat dan martabat PNS; f. menjaga dan menjalin kerja sama yang kooperatif sesama Pegawai Negeri Sipil; g. berhimpun dalam satu wadah Korps Pegawai Republik Indonesia yang menjami terwujudnya solidaritas dan soliditas semua PNS dalam memperjuangkan hak-haknya

Budaya organisasi di RSST juga sangat erat terkait dengan sejarah panjang institusi di tiga jaman pemerintahan (Belanda, Jepang dan Republik) di peradaban tanah jawa (Tengah). Banyak hal positif dan negative yang perlu dicermati dalam keseharian staf berkinerja terkait dengan efek buruk dari budaya Jawa (*feodalisme*) mengingat sebagian besar dari staf RS adalah berasal maupun bertempat tinggal di wilayah kabupatem Klaten dan sekitarnya. Sebaliknya, perlu digali berbagai kearifan lokal yang mampu menguatkan budaya kerja yang mengoptimalkan pelayanan publik.

Civitas RS seyogya dapat saling menguatkan rasa kebanggaan bekerja di sebuah institusi yang memiliki peran penting di dalam pelayanan kesehatan dan di dalam pusaran sejarah pendidikan kedokteran - tenaga kesehatan lainnya, serta dapat memaknai nilai-nilai kejuangan dari salah satu pendiri Boedi Oetomo yang disandang sebagai nama rumah sakit, sebagaimana yang tertuang dalam Buku Sejarah RSST. Selanjutnya, upaya perwujudan Museum RSST diharapkan menjadi salah satu penguatan dalam mensinergikan elemen - elemen budaya organisasi staf rumah sakit.

A. Pelayanan Prima

Secara etimologis, Kamus Besar Bahasa Indonesia (Dahlan, dkk., 1995:646) menyatakan pelayanan ialah "usaha melayani kebutuhan orang lain".

1. Pengertian

Pelayanan pada dasarnya adalah kegiatan yang ditawarkan kepada konsumen atau pelanggan yang dilayani, yang bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki.

Ada tiga fungsi pelayanan umum (publik) yang dilakukan pemerintah yaitu *environmental service*, *development service*dan *protective service*. Pelayanan oleh pemerintah juga dibedakan berdasarkan siapa yang menikmati atau menerima dampak layanan baik individu maupun kelompok.

Ada tiga fungsi pelayanan umum (publik) yang dilakukan pemerintah yaitu *environmental service*, *development service*dan *protective service*. Pelayanan oleh pemerintah juga dibedakan berdasarkan siapa yang menikmati atau menerima dampak layanan baik individu maupun kelompok. Konsep barang layanan pada dasarnya terdiri dari barang layanan privat (*private goods*) dan barang layanan kolektif (*public goods*).

Pelayanan Prima

Pelayanan prima merupakan terjemahan istilah "*excellent service*" yang secara harfiah berarti pelayanan terbaik atau sangat baik. Disebut sangat baik atau terbaik karena sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku atau dimiliki instansi pemberi pelayanan. Hakekat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat. Agenda perilaku pelayanan sektor publik (SESPANAS LAN dalam Nurhasyim, 2004:16) menyatakan bahwa pelayanan prima adalah

a. Pelayanan yang terbaik dari pemerintah kepada pelanggan atau pengguna jasa.

b. Pelayanan prima ada bila ada standar pelayanan
c. Pelayanan prima bila melebihi standar atau sama dengan standar. Sedangkan yang belum ada standar pelayanan yang terbaik dapat diberikan pelayanan yang mendekati apa yang dianggap pelayanan standar dan pelayanan yang dilakukan secara maksimal.
d. Pelanggan adalah masyarakat dalam arti luas; masyarakat eksternal dan internal

Standar Pelayanan

Standar pelayanan merupakan ukuran yang telah ditentukan sebagai suatu pembakuan pelayanan yang baik. Standar pelayanan mengandung baku mutu pelayanan. Pengertian mutu menurut Goetsch dan Davis (Sutopo dan Suryanto, 2003:10) merupakan kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pihak yang menginginkannya

2. Tujuan Pelayanan Prima

a. Memberikan pelayanan yang bermutu
b. Memenuhi dan memuaskan pelanggan
c. Menghindari tuntutan yang tidak perlu oleh pelanggan
d. Mempertahankan pelanggan

3. Manfaat Pelayanan Prima

Bagi Pemberi pelayanan

a. Semakin Percaya Diri
b. Menambah Ketenagaan Kerja
c. Pintu Karier Terbuka
d. Kebanggaan Dan Kepuasan Pribadi
e. Menambah Semangat Kerja
f. Kesejahteraan Meningkat

Bagi Pelanggan

a. Kebutuhan Terpenuhi
b. Merasa Dihargai
c. Mendapat Kepuasan
d. Mendapat Layanan professional

Bagi Organisasi

a. Citra organisasi semakin meningkat
b. Citra pegawai semakin lebih profesional
c. Sebagai mitra kerja yang saling menguntungkan
d. Eksistensi organisasi semakin mantap

e. Memiliki peluang untuk berkembang pesat
f. Memiliki daya saing kompetensi
g. Pendapatan organisasi meningkat

4. Implementasi Pelayanan Prima di Bagian Pendidikan dan Penelitian

Pelayanan Prima Terhadap Pelanggan Internal

Pelanggan internal adalahorang-orang yang terlibat dalam proses produksi barang/jasa sejak mulai perencanaan, penciptaan, atau pembuatan barang sampai dengan pemasaran dan penjualan serta pengadministrasiannya

Pelayanan Prima Bagi Pelanggan Eksternal

Pelanggan eksternal adalah semua pihak atau orang-orang yang berada diluar perusahaan atau diluar instansi pemerintah, yag menerima pelayanan dan membeli barang/ jasa yang dihasilkan suatu perusahaan.

Dalam memberikan yang prima sebagai usaha untuk mencapai kepuasaan dan loyalitas pelanggan, pihak produsen jasa dapat berpedoman pada pelayanan prima (service excellent) yang di jelaskan oleh beberapa penulis. Unsur-unsur pokok pelayanan prima antara lain sebagai berikut:

1. Kemampuan (*Ability*)
2. Sikap (*Attitude*)
3. Penampilan (*Appearance*)
4. Perhatian (*Attention*)
5. Tindakan (*Action*)
6. Tanggung Jawab (*Accounttability*)
7. Kecepatan (*Rapidity*)
8. Ketepatan (*Accuracy*)
9. Keramahan (*Sociability*)
10. Kenyamanan (*Comfortability*)

Dalam memberi pelayanan kepada pelanggan sendi pelayanan yang berkualitas terhadap pelanggan yang akan mengacu hal-hal sebagai berikut.

1. Kesederhanaan, dalam arti bhwa prosedur/ tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat dan tidak berbelit-belit serta mudah dipahami dan dilaksanakan;
2. Kejelasan dan kepastian, terdiri dari:
   a. Prosedur/ tata cara pelayanan umum.
   b. Persyarata pelayanan umum, baik teknis maupun administratif.
   c. Unit kerja atau pejabat yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan umum.
   d. Rincian biaya/ tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya.

e. Jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
f. Hak dan kewajiban baik dari pemberi maupun penerima pelayanan umum berdasarkan bukti penerimaan permohonan/ perlengkapannya sebagai alat untuk memastikan pemprosesan pelayanan umum.
g. Pejabat yang menerima keluhan pelanggan (masayarakat).

3. Keamanan, dalam arti proses serta hasil pelayanan umum dapat memberikan keamanan dan kenyamanan; serta
4. Keterbukaan, dalam arti bahwa prosedur/ tata cara persyaraan, satuan kerja/ pejabat dan hal-hal lain, yang berkaitan dengan proses pelayanan umum wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami masyrakat, baik diminta maupun tidak diminta;
5. Efisien meliputi persyaratan pelayanan umm hanya dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan umum yang diberikan;
6. Keadilan yang merata dalam arti cakupan atau jangkauan pelayanan umum harus diusahakan seluas mungkin dengan pendistribusian yang merata dan diperlakukan secara adil;
7. Ketepatan waktu, dalam arti pelaksanaan pelayanan umum dapat diselesaikan dalam periode waktu yang telah ditentukan.

BAB XI
PENUTUP

Dengan tersusunnya Pedoman Pelayanan ini agar dapat memberikan gambaran kepada jajaran di Substansi Sumber Daya Manusia dalam tata laksana pedoman untuk menunjang kelancaran pelayanan di Rumah Sakit. Namun demikian sejalan dengan kondisi perkembangan, pemenuhan keperluan yang berkaitan dengan regulasi, tata laksana dan kebijakan bahkan perubahan-perubahan di era globalisasi dan ilmu teknologi yang begitu cepat tidak mungkin mampu memenuhi kebutuhan atau berfungsi dengan baik. Oleh karena itu hal-hal yang belum tertuang dalam Pedoman Pelayanan Substansi Sumber Daya Manusia di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro akan diatur lebih lanjut dan disempurnakan sesuai dengan kepentingan dan kebutuhan rumah sakit.